

Zarządzenie Nr 3/2018
Dyrektora Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie
z dnia 23.02.2018 r.

w sprawie: wprowadzenia zasad postępowania dotyczących przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”, szczegółowych zasad obowiązujących w roku 2018 w Powiecie Wołomińskim dotyczących przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczania wniosków w ramach Modułu I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową i Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją Programu.

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.), zasad dotyczących wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach modułu I i II pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, będących załącznikiem nr 1 do uchwały nr 14/2014 Zarządu PFRON z dnia 21 lutego 2014r., programem „Aktywny samorząd” zatwierdzonym uchwałą nr 5/2014 Rady Nadzorczej PFRON z dnia 9 czerwca 2014r., kierunków działań oraz warunków brzegowych obowiązujących realizatorów pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w 2018 roku, będących załącznikiem do uchwały nr 5/2018 Zarządu PFRON z dnia 31 stycznia 2018r. oraz w związku z Porozumieniem nr O-07/39/AS/2012 zawartym w dniu 27.06.2012r., do Porozumienia nr O-07/39/AS/2012 z dnia 27.06.2012r. zawartym w dniu 05.07.2012r., zarządzam, co następuje:

§ 1

Realizując pilotażowy program „Aktywny Samorząd”, umożliwiający osobom niepełnosprawnym uzyskanie dofinansowania ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, określa się i wprowadza do stosowania następujące dokumenty i formularze:

- 1) **Szczegółowe zasady obowiązujące w roku 2018 w Powiecie Wołomińskim** dotyczące przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczania wniosków w ramach **Modułu I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową**, realizowanego ze środków PFRON, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 1** do niniejszego zarządzenia;
- 2) **Szczegółowe zasady obowiązujące w roku 2018 w Powiecie Wołomińskim** dotyczące przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczania wniosków w ramach **Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym**, realizowanego ze środków PFRON, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 2** do niniejszego zarządzenia;

- 3) Wzór Wniosku „P” – wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 2c, nr 3, nr 4 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w załączniku nr 3 do niniejszego zarządzenia;
- 4) Wzór Wniosku „O” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” wraz z załącznikami (nr 1, nr 2, nr 2a, nr 2b, nr 3 do formularza wniosku), w brzmieniu określonym w załączniku nr 4 do niniejszego zarządzenia;
- 5) Wzór Wkładki do Wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/ Obszar A/ Zadanie Nr 1**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 5 do niniejszego zarządzenia.
- 6) Wzór Wkładki do wniosku „P” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 6 do niniejszego zarządzenia;
- 7) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 7 do niniejszego zarządzenia;
- 8) Wzór Wkładki do wniosku „P” i „O” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 8 do niniejszego zarządzenia;
- 9) Wzór Wkładki do wniosku „P” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 9 do niniejszego zarządzenia;
- 10) Wzór Wkładki do wniosku „P” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 10 do niniejszego zarządzenia;
- 11) Wzór Wkładki do wniosku „P” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł I/Obszar D**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 11 do niniejszego zarządzenia;
- 12) Wzór Wkładki do wniosku „P” – Specyfikacja przedmiotu dofinansowania – **Moduł II**, w brzmieniu określonym w załączniku nr 12 do niniejszego zarządzenia;
- 13) Wzór Skierowania na badanie wstępne w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 w brzmieniu określonym w załączniku nr 13 do niniejszego zarządzenia;
- 14) Wzór Skierowania na drugą wizytę w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 w brzmieniu określonym w załączniku nr 14 do niniejszego zarządzenia;
- 15) Wzór Propozycji (oferty) specyfikacji i kosztorysu do protezy w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 w brzmieniu określonym w załączniku nr 15 do niniejszego zarządzenia;
- 16) Wzór Specyfikacji i kosztorys protezy w ramach Obszaru C Zadanie nr 3 w brzmieniu określonym w załączniku nr 16 do niniejszego zarządzenia;
- 17) Wzór Skierowania na badanie wstępne w ramach Obszaru C Zadanie nr 4 w brzmieniu określonym w załączniku nr 17 do niniejszego zarządzenia;
- 18) Wzór Skierowania na drugą wizytę w ramach Obszaru C Zadanie nr 4 w brzmieniu określonym w załączniku nr 18 do niniejszego zarządzenia;
- 19) Wzór Propozycji (oferty) specyfikacji i kosztorysu do protezy w ramach Obszaru C Zadanie nr 4 w brzmieniu określonym w załączniku nr 19 do niniejszego zarządzenia;

- 20) Wzór **Specyfikacji i kosztorys protezy w ramach Obszaru C Zadanie nr 4** w brzmieniu określonym w **załączniku nr 20** do niniejszego zarządzenia;
- 21) Wzór **Wniosku „O” część B o dofinansowanie** – wypełnia Realizator, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 21** do niniejszego zarządzenia;
- 22) Wzór **Wniosku „P” część B o dofinansowanie** – wypełnia Realizator, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 22** do niniejszego zarządzenia;
- 23) **Regulamin zwrotu kosztów** związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji obszaru A zadanie 2 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji obszar C zadanie 3 i 4 w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 23** do niniejszego zarządzenia;
- 24) Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania, w brzmieniu określonym w **załączniku nr 24** do niniejszego zarządzenia;

§ 2

Traci moc Zarządzenie Nr 2/2017 z dnia 02.03.2017 r. Dyrektora Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie w sprawie wprowadzania zasad postępowania dotyczących przyznania dofinansowania ze środków finansowych Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w pilotażowym programie „Aktywny Samorząd”, szczegółowych zasad obowiązujących w roku 2017 w Powiecie Wołomińskim dotyczących przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczania wniosków w ramach Modułu I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową i Modułu II – pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym oraz wzorów wniosków i formularzy związanych z realizacją Programu.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian

RADCA PRAWNY
Juliana Kapalska

Szczegółowe zasady obowiązujące w roku 2018 w Powiecie Wołomińskim dotyczące przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczenia wniosków w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową, realizowanego ze środków PFRON.

Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji.

Program jest realizowany przez Powiat Wołomiński w oparciu o zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach programu, zatwierdzone przez Zarząd PFRON.

I. Pilotażowy program „Aktywny samorząd” Moduł I – likwidacja barier utrudniających aktywizację społeczną i zawodową w 2018 roku, obejmuje następujące formy wsparcia:

Obszar A – likwidacja bariery transportowej:

Zadanie 1 – pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu.

Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B.

Obszar B – likwidacja barier w dostępie do uczestniczenia w społeczeństwie informacyjnym:

Zadanie 1 - pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania.

Zadanie 2 – dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania.

Obszar C - likwidacja barier w poruszaniu się:

Zadanie 2 - pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym;

Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, tj. protezy co najmniej na III poziomie jakości;

Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne, (co najmniej na III poziomie jakości).

Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej.

II. Termin i miejsce składania wniosków.

Wnioski można składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie ul. Legionów 78 w terminie:

od 23 kwietnia 2018r. do dnia 30 sierpnia 2018r.

Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpływu do PCPR w Wołominie, a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.

W przypadku niepełnoletnich adresatów programu wnioskodawcą jest jeden z rodziców sprawujący opiekę nad osobą niepełnosprawną lub opiekun prawny.

W przypadku osób nie posiadających pełnej zdolności do czynności prawnych, wnioskodawcą jest opiekun prawny.

Istnieje możliwość przywrócenia terminu wnioskodawcy na złożenie wniosku (zgodnie z rozdziałem X ust.2 programu). Wnioskodawca ubiegający się o przywrócenie terminu, zobowiązany jest opisać i udokumentować przyczyny uchybienia terminu.

Wniosek wpływający do PCPR musi być niezwłocznie opatrzony datą wpływu i zarejestrowany w książce korespondencyjnej PCPR.

A A

III. Adresaci programu:

Obszar A

Zadanie 1 – osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, w wieku aktywności zawodowej lub zatrudniona oraz dysfunkcję narządu ruchu.

Zadanie 2 – osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, w wieku aktywności zawodowej oraz dysfunkcję narządu ruchu.

Obszar B

Zadanie 1 i 2 – osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności w wieku aktywności lub zatrudniona oraz dysfunkcję obu kończy górnych lub narządu wzroku.

Obszar C

Zadanie 2 – osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny stopień niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności, która jest użytkownikiem wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym.

Zadanie 3 i 4 – osoba niepełnosprawna w wieku aktywności zawodowej lub zatrudniona, po amputacji kończyn/y, wobec której został orzeczony stopień niepełnosprawności, a ekspert PFRON potwierdził stabilność procesu chorobowego oraz rokowania uzyskania zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie.

Obszar D

Osoba niepełnosprawna, która posiada znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności, jest aktywna zawodowo i pełni rolę opiekuna prawnego dziecka.

IV. Wysokość maksymalnego dofinansowania ze środków PFRON:

Obszar A:

Zadanie 1 – 8 000 zł

Zadanie 2 – 2 200 zł w tym:

- dla kosztów kursu i egzaminów 1 600 zł,
- dla pozostałych kosztów uzyskania prawa jazdy w przypadku kursu poza miejscowością zamieszkania Wnioskodawcy (koszty związane z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu) – 600 zł.

Obszar B:

Zadanie 1:

- dla osoby niewidomej – 20 000 zł, z czego na urządzenia brajlowskie 12 000 zł,
- dla pozostałych osób z dysfunkcją narządu wzroku – 8 000 zł,
- dla osoby z dysfunkcją obu kończyn górnych – 5 000 zł

Zadanie 2:

- dla osoby głuchoniewidomej – 4 000 zł
- dla pozostałych adresatów obszaru – 2 000 zł (z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w indywidualnych przypadkach, maksymalnie o 100%, wyłącznie w przypadku, gdy poziom dysfunkcji narządu wzroku wymaga zwiększenia liczby godzin szkolenia).

Obszar C:

Zadanie 2 – 3 000 zł,

Zadanie 3 dla protezy na III poziomie jakości po amputacji:

- w zakresie ręki – 9 000 zł
- przedramienia – 20 000 zł,
- ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym – 26 000 zł,

- uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym – 25 000 zł
- z możliwością zwiększenia kwoty dofinansowania w wyjątkowych przypadkach i wyłącznie wtedy, gdy celowość zwiększenia jakości protezy do poziomu IV (dla zdolności do pracy Wnioskodawcy), zostanie zarekomendowana przez eksperta PFRON.

Zadanie 4: do 30 % kwot z Zadania 3, t.j.

- w zakresie ręki – do 2 700 zł,
- przedramienia – do 6 000 zł,
- ramienia i wyłuszczeniu w stawie barkowym – do 7 800 zł,
- na poziomie podudzia – do 4 200 zł,
- na wysokości uda (także przez staw kolanowy) – do 6 000 zł,
- uda i wyłuszczeniu w stawie biodrowym – do 7 500 zł

Obszar D: 200 zł miesięcznie, jednak nie więcej niż 2 400 zł w ciągu roku – tytułem kosztów opieki nad jedną osobą zależną.

V. Składanie wniosków:

1. Przed złożeniem wniosku należy zgromadzić wszystkie wymagane załączniki oraz wypełnić pola formularza wniosku i zadbać, aby wniosek zawierał wszelkie wymagane informacje.

2. W formularzu wniosku zawarte są informacje ułatwiające jego sporządzenie, dlatego warto się z nimi zapoznać jeszcze przed jego wypełnieniem i podpisaniem wniosku.

3. Wnioski złożone w wyznaczonym terminie przez wnioskodawców programu podlegają dwuetapowej weryfikacji pod względem spełnienia kryteriów formalnych i merytorycznych.

4. Podstawą decyzji o przyznaniu przez PCPR dofinansowania jest wyłącznie wniosek wraz z załącznikami sporządzony przez Wnioskodawcę na formularzu aktualnym dla bieżącego naboru wniosków o dofinansowanie. Za kompletny uważa się wniosek zawierający wszystkie, wymagane dane wraz z załącznikami takimi jak:

- 1) kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności (osoby do 16 roku życia),
- 2) kserokopia aktu urodzenia dziecka w przypadku wniosku osoby niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej,
- 3) kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny,
- 3) oświadczenie Wnioskodawcy dot. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.),
- 4) oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych,
- 5) w przypadkach tego wymagających, zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę o specjalizacji adekwatnej do rodzaju niepełnosprawności, zawierające opis rodzaju schorzenia/niepełnosprawności osoby niepełnosprawnej, której wniosek dotyczy, wypełnione w języku polskim i wystawione nie wcześniej niż 120 dni przed złożeniem wniosku.

5. Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków Wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych, w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.

6. Wnioskodawca może występować przez pełnomocnika ustawionego na podstawie pełnomocnictwa poświadzonego notarialnie – pełnomocnictwo Wnioskodawca dołącza do wniosku wraz z pisemnym oświadczeniem pełnomocnika, iż nie jest on i w ciągu ostatnich 3 lat nie był właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm(y),

oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku ani nie jest i nie był w żaden inny sposób powiązany z zarządem tych firm poprzez np.: związki gospodarcze, rodzinne, osobowe itp. które określa zakres pełnomocnictwa do dokonywania poszczególnych czynności.

7. Wnioskodawca zobowiązany jest zgłosić niezwłocznie do PCPR informacje o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych we wniosku.

8. W przypadku, gdy Wnioskodawca przedstawia do wniosku dokumenty wystawione w języku innym niż język polski, zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego. Koszty związane z tłumaczeniem tych dokumentów nie są refundowane ze środków PFRON.

9. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

10. Formularze wniosków dostępne są na stronie internetowej Powiatu Wołomińskiego i PCPR w Wołominie. Druki wniosków można również uzyskać w siedzibie PCPR.

VI. W programie nie mogą uczestniczyć wnioskodawcy, którzy posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu.

VII. Częstotliwość udzielania pomocy w ramach Modułu I :

Obszar A/Zadanie 1 i 2, Obszar B/Zadanie 1 i 2 , Obszar C/ Zadanie 3 - pomoc może być udzielana co 3 lata, licząc od początku roku następującego po roku, w którym udzielono pomocy,

Obszar C – Zadanie 2 i 4 – pomoc może być udzielana po zakończeniu okresu gwarancji.

VIII. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie może podjąć decyzję o przyznaniu dofinansowania z pominięciem okresów, o których mowa w pkt VII wobec wnioskodawców, którzy wskutek:

- 1) pogorszenia stanu zdrowia, nie mogą korzystać z posiadanego, uprzednio dofinansowanego ze środków PFRON przedmiotu dofinansowania,
- 2) zdarzeń losowych utracili przedmiot dofinansowania ze środków PFRON albo uległ on zniszczeniu w stopniu uniemożliwiającym użytkowanie i naprawę.

IX. Sposób rozpatrywania wniosków

1. Pracownicy PCPR odpowiedzialni są za realizację poszczególnych etapów rozpatrywania wniosku, jak też eksperci:

- 1) są niezależni co do treści swoich opinii, zobowiązani są spełnić swoje funkcje zgodnie z prawem i obowiązującymi zasadami, sumiennie, sprawne, dokładnie i bezstronnie,
- 2) do każdego rozpatrywanego wniosku składają deklarację bezstronności (np. w formie przewidzianej w odpowiedniej rubryce formularza wniosku) nie podpisane deklaracji bezstronności pozbawia możliwości rozpatrywania/opiniowania danego wniosku,
- 3) zobowiązani są do wyłączenia się od rozpatrywania sprawy, która dotyczy jego osobiście, jego małżonka, wstępnego lub zstępnego, rodzeństwa, powinowatych w tej samej linii albo stopniu osoby pozostającej w stosunku przysposobienia oraz jej małżonka, także w każdym innym przypadku zaistnienia okoliczności, które mogą wywołać wątpliwości co do jego bezstronności,
- 4) zobowiązani są do ochrony danych osobowych przekazanych przez Wnioskodawców,
- 5) w przypadku wystąpienia przesłanek uniemożliwiających pracownikowi obiektywnej oceny, niezwłocznie powiadamia Dyrektora PCPR, celem wyznaczenia innego pracownika PCPR do dokonania czynności,
- 6) w przypadku gdy Wnioskodawcą jest pracownik PCPR, wnioski mogą być zrealizowane wyłącznie w przypadku, gdy oceny wniosku dokona inny pracownik

wyznaczony przez Dyrektora PCPR i dodatkowo zasadność oceny formalnej oraz o ile dotyczy oceny merytorycznej wniosku, zostanie potwierdzona przez Mazowiecki Oddział PFRON.

2. Proces rozpatrywania wniosków składa się z następujących etapów:

Ocena wniosku pod względem formalnym (weryfikacja formalna wniosku).

W terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku pracownik PCPR przeprowadza weryfikację formalną, polegającą na sprawdzeniu prawidłowości wypełnienia wniosku oraz na ustaleniu czy wnioskodawca i/lub jego podopieczny spełnia obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie finansowe.

Weryfikacja formalna przeprowadzana jest w oparciu o następujący system oceny: spełnienia kryterium „TAK”, nie spełnienia kryterium „NIE”.

Ocenie formalnej podlega:

1. Spełnienie przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania, o których mowa w programie „Aktywny samorząd” oraz dokumentach określonych przez PFRON związanych z realizacją programu,
2. Zgodność zgłoszonego we wniosku przedmiotu dofinansowania z zasadami wskazanymi w programie,
3. Zabezpieczenie przez wnioskodawcę środków na wniesienie udziału własnego, nie dotyczy Obszaru B – Zadanie 2, Obszaru C – Zadanie 2,
4. Poprawność złożenia wniosku, w tym:
 - dotrzymanie przez wnioskodawcę terminu złożenia wniosku,
 - złożenie wniosku na właściwym formularzu, który obowiązuje w roku bieżącym,
5. Kompletność i poprawność sporządzenia wniosku, w tym:
 - kompletność stron i prawidłowość danych zawartych we wniosku,
 - poprawne wypełnienie wymagalnych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku,
 - spójność danych zawartych we wniosku z danymi wynikającymi z załączników,
 - kompletność i poprawność wymaganych załączników,
 - zgodność reprezentacji wnioskodawcy i czy wymagane oświadczenia zostały podpisane przez osoby do tego uprawnione.
6. Wnioskodawcy, którzy złożą wniosek niekompletny lub niepoprawnie wypełniony lub też złożą go na niewłaściwym formularzu, co zostanie stwierdzone na etapie weryfikacji formalnej zostaną wezwani w formie pisemnej do usunięcia uchybień i/lub uzupełnienia brakujących załączników i/lub złożenia niezbędnych wyjaśnień, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni od dnia otrzymania powiadomienia (liczone dni kalendarzowe).
7. Wnioski nieuzupełnione przez Wnioskodawców w terminie, o którym mowa w pkt. 6 będą rozpatrzone negatywnie na etapie weryfikacji formalnej.
8. Wnioski pozytywnie ocenione na etapie weryfikacji formalnej podlegają ocenie merytorycznej.
9. Wnioskodawcy, któremu odmówiono przyznania środków finansowych w wyniku uchybień ze strony PCPR przy weryfikacji formalnej wniosku, podlega dalszemu rozpatrzeniu.
10. Opinia eksperta PFRON wydana w 2016 roku do wniosku, może zachować ważność dla weryfikacji formalnej tego wniosku – do dnia 31 grudnia 2017 roku,
11. Zaświadczenie lekarskie złożone przez Wnioskodawcę do wniosku w 2016 roku, może zachować ważność dla weryfikacji formalnej tego wniosku – do dnia 31 grudnia 2017 roku.

Ocena wniosku pod względem merytorycznym (weryfikacja merytoryczna wniosku).

1. Weryfikacja merytoryczna wniosku przeprowadzana jest w celu wyłonienia wniosków, które mają największe szanse na realizację celów programu i które mieszczą się w limicie środków finansowych przekazanych przez PFRON na realizację w poszczególnych obszarach/zadaniach/modułach programu. Udzielenie dofinansowania Wnioskodawcom, których wnioski uzyskały ocenę poniżej ustalonego przez Realizatora programu minimalnego progu punktowego, uzależnione będzie od możliwości wynikających z wysokości ostatecznej puli środków PFRON przekazanych realizatorowi programu.
2. Weryfikacja merytoryczna prowadzona jest przez wyznaczonego pracownika PCPR w oparciu o przyjęte w niniejszym dokumencie kryteria oceny wniosku, przy wykorzystaniu narzędzi w postaci „Karty oceny merytorycznej” stanowiącej integralną część wniosku o dofinansowanie.
3. Podczas weryfikacji merytorycznej w przypadku osób niepełnosprawnych pełnoletnich preferowane są wnioski osób niepełnosprawnych, które są zatrudnione.
4. Minimalny próg punktowy wynikający z oceny merytorycznej wniosku, uprawniający do uzyskania dofinansowania wynosi:
 - dla wniosku „P” – Obszar A Zadanie 1,2 – 70 pkt
 - dla wniosku „P” – Obszar B Zadanie 1,2 – 75 pkt
 - dla wniosku „P” – Obszar C Zadanie 2 – 45 pkt
 - dla wniosku „P” – Obszar C Zadanie 3,4 – 65 pkt
 - dla wniosku „P” – Obszar D – 65 pkt
 - dla wniosku „0” – Obszar A Zadanie 1 – 90 pkt
 - dla wniosku „0” – Obszar B Zadanie 1,2 – 90 pkt
 - dla wniosku „0” – Obszar C Zadanie 2 – 90 pkt
5. Wnioski z oceną merytoryczną poniżej ustalonego progu minimalnego będą mogły ponownie podlegać procedurze przyznawania dofinansowania w ramach drugiej transzy środków PFRON przeznaczonych na realizację programu - w miarę dostępności otrzymanych środków PFRON, w kolejności według ustalonej listy rankingowej sporządzonej w oparciu o sumę uzyskanych punktów.
6. Czynności związane z weryfikacją wniosku będą rejestrowane w odpowiednich rubrykach formularza wniosku. Zakończenie i efekt tych czynności potwierdzać będą pieczętki, daty i podpisy właściwych pracowników.

Decyzja o przyznaniu dofinansowania:

1. Decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania wnioskowanej pomocy podejmuje Dyrektor PCPR w Wołominie zgodnie z nadanymi uprawnieniami. Decyzja powinna być rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia, pieczęciami i podpisami osób podejmujących decyzję.
2. Decyzja odmowna w sprawie dofinansowania wymaga pisemnego uzasadnienia.
3. Kwota dofinansowania przyjmowana jest w pełnych złotych, zaokrąglonych na zasadach ogólnych.
4. Kwota dofinansowania nie może być wyższa niż kwota wnioskowana.
5. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
6. W przypadku przyznania dofinansowania, realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu dwustronnej umowy dofinansowania pomiędzy Starostą Wołomińskim i Wnioskodawcą,
7. Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnienie przez Wnioskodawcę lub jego podopiecznego warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,

8. W pierwszej kolejności dofinansowanie otrzymają wnioski z największą liczbą punktów.
9. Kolejność realizacji wniosków będzie wynikała z listy rankingowej wniosków utworzonej na podstawie sumy punktów uzyskanych w trakcie oceny merytorycznej wniosków pozytywnie zweryfikowanych pod względem formalnym i merytorycznym,
10. W 2018 roku preferowane są wnioski dotyczące osób niepełnosprawnych, które:
 - a) są zatrudnione - suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 40%;
 - b) w 2017 lub w 2018 roku zostały poszkodowane w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych – suma punktów preferencyjnych nie może stanowić mniej niż 10 %,

maksymalnej liczby punktów możliwych do udzielenia w ramach oceny merytorycznej wniosku.

11. W sytuacji gdy limit środków finansowych nie umożliwia udzielenie dofinansowania wszystkim wnioskodawcom z równorzędną sumą punktów o przyznaniu dofinansowania decyduje:
 - stopień niepełnosprawności wnioskodawcy w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski dotyczące osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - w dalszej kolejności jeśli w/w reguła nie przyniesie rozwiązania o przyznaniu dofinansowania decydować będzie wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, w ten sposób, że w pierwszej kolejności realizowane będą wnioski wnioskodawców, których dochód jest najniższy.

X. Umowa dofinansowania i jej rozliczenie:

1. Szczegółowe warunki realizacji dofinansowania zostaną określone w indywidualnych umowach zawieranych z beneficjentami pomocy w każdym obszarze realizacji programu,
2. Przekazanie przyznanych środków finansowych następuje:
na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu/usługodawcy, na podstawie przedstawionej i podpisanej przez Wnioskodawcę faktury VAT, lub
na wskazany rachunek bankowy wnioskodawcy – do rozliczenia na warunkach określonych w umowie dofinansowania (wskazanie terminu i sposobu rozliczenia przekazanych środków), co dotyczyć może wyłącznie: Obszar A - Zadanie 2, Obszar B – Zadanie 2, Obszar C - Zadanie 2 i 4, Obszar D
3. Faktury VAT (lub inne dowody księgowo, a także potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego np. przedszkole lub żłobek, gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe, przedłożenie w celu rozliczenia dofinansowania, muszą być sprawdzone przez PCPR pod względem merytorycznym i formalno – rachunkowym oraz opatrzone klauzulą: „opłacone ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w kwocie: ...umowa nr: ...”.
4. Wybór sprzedawcy przedmiotu dofinansowania lub usługodawcy, należy wyłącznie do wnioskodawcy.
5. W przypadku gdy wnioskodawca pomocy przedłoży dokumenty rozliczeniowe wystawione w języku innym niż język polski, w których walutą rozliczeniową jest waluta inna niż polski złoty (PLN) zobowiązany jest do przedłożenia tłumaczenia tych dokumentów na język polski przez tłumacza przysięgłego (PFRON nie refunduje kosztów związanych z tłumaczeniem tych dokumentów).
6. Refundacja kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania może dotyczyć:

A a

- w przypadku Modułu I Obszar A/ Zadanie 2, Obszar C/ Zadanie 2,3,4, Obszar D – kosztów poniesionych do 180 dni przed dniem złożenia wniosku,
7. Umowa wygasa wskutek wypełnienia przez Realizatora i Wnioskodawcę zobowiązań wynikających z umowy. Umowa zawierana jest na czas określony, w przypadku:
 - Obszar A/Zadanie 1 i 2 , Obszar B/Zadanie 1 i 2, Obszar C/Zadanie 3 – na trzy lata, licząc od początku roku następującego po roku zawarcia umowy dofinansowania,
 - Obszar C - Zadanie 2 i 4 do czasu upływu okres gwarancji udzielonej na przedmiot objęty dofinansowaniem,
 - Obszar D – do dnia 31 grudnia roku, w którym została zawarta, z koniecznością rozliczenia udzielonego dofinansowania, w terminie wskazanym przez Starostę Wołomińskiego.
 8. Umowa dofinansowania wygasa w przypadku śmierci wnioskodawcy. W przypadku śmierci wnioskodawcy, niezbędne jest przedłożenie odpisu skróconego aktu zgonu.
 9. W ramach programu nie mogą być dofinansowane:
 - pożyczki i spłaty rat oraz odsetek, koszty poniesione na przygotowanie wniosku,
 - opłaty związane z realizacją umowy zawartej pomiędzy Starostą Wołomińskim a wnioskodawcą,
 - koszty nieudokumentowane.
 10. Przy zawieraniu umów z wnioskodawcą, który nie ma możliwości złożenia podpisu i dokonuje odcisku palca należy:
 - sprawdzić, czy złożone dotychczas dokumenty (wniosek, załączniki, inne) były podpisane za pomocą odcisku palca,
 - przy odcisku palca wpisać imię i nazwisko strony umowy.
 11. W ramach rozliczenia środków finansowych PFRON, Starosta może wyrazić zgodę na nie dochodzenie od dłużnika należności, której kwota wraz z odsetkami nie przekracza 100 zł. (sto złotych).
 12. Wypłatę przyznanego Wnioskodawcy dofinansowania dokonuje się na warunkach wskazanych w umowie, na podstawie wniosku o uruchomienie środków sporządzonego przez pracownika obsługującego program, po sprawdzeniu i po zatwierdzeniu do wypłaty przez Dyrektora i Głównego Księgowego PCPR.
 13. Realizator w szczególnie uzasadnionych indywidualnych przypadkach zastrzega sobie prawo zmiany poszczególnych, pojedynczych postanowień przedmiotowej umowy.
- XI. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach obowiązują wszystkie warunki ogłoszone w dokumentach Zarządu PFRON dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2018 .

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

Szczegółowe zasady obowiązujące w roku 2018 w Powiecie Wołomińskim dotyczące przyjmowania, rozpatrywania, przyznawania dofinansowania i rozliczenia wniosków w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd” Moduł II - pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, realizowanego ze środków PFRON.

Celem głównym programu jest wyeliminowanie lub zmniejszenie barier ograniczających uczestnictwo beneficjentów programu w życiu społecznym, zawodowym i w dostępie do edukacji. Program jest realizowany przez Powiat Wołomiński w oparciu o zasady dotyczące wyboru, dofinansowania i rozliczania wniosków o dofinansowanie w ramach programu, zatwierdzone przez Zarząd PFRON.

1. Termin i miejsce składania wniosków.

Wnioski można składać w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie ul. Legionów 78 - w terminie:

- pierwszy cykl – od 05.03.2018r. do 30.03.2018r. (dla wniosków dotyczących roku akademickiego 2017/2018,
- drugi cykl - od 10.09.2018r. do 10.10.2018r. (dla wniosków dotyczących roku akademickiego 2018/2019).

Za datę złożenia wniosku uważa się datę jego wpływu do PCPR w Wołominie, a w przypadku wniosków składanych drogą pocztową, datę stempla pocztowego.

2. Program skierowany jest do osób niepełnosprawnych które:

- posiadają znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
- kontynuują naukę w szkole wyższej lub szkole policealnej lub w kolegium lub mają przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi.

3. W programie nie mogą uczestniczyć wnioskodawcy:

- którzy posiadają wymagalne zobowiązania wobec PFRON lub wobec Realizatora programu;
- którzy aktualnie mają przerwę w nauce (w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny).

4. Dofinansowanie lub refundacja kosztów uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym w module II obejmuje:

1) opłatę za naukę (czesne) – równowartość kosztów czesnego w ramach jednej, aktualnie realizowanej formy kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) - niezależnie od daty poniesienia kosztów, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty **3 000 zł** jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy nie przekracza kwoty **583 zł (netto) na osobę**.

W przypadku, gdy Wnioskodawca w module II pobiera naukę w ramach dwóch i więcej form kształcenia na poziomie wyższym (kierunków studiów), kwota dofinansowania opłaty za naukę (czesne) może być zwiększona o równowartość połowy kosztów czesnego na kolejnym/kolejnych kierunkach nauki, przy czym dofinansowanie powyżej kwoty 1 500 zł jest możliwe wyłącznie w przypadku, gdy wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu wnioskodawcy nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.

2) dodatek na uiszczenie opłaty za prowadzenie przewodu doktorskiego- do 4 000 zł;

3) dodatek na pokrycie kosztów kształcenia – do 1 000 zł; przy czym kwota ta może być zwiększona, nie więcej niż o :

- a) **300 zł** – w przypadku Wnioskodawców posiadających orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z trzema symbolami przyczyn niepełnosprawności;

- b) 300 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny;
- c) 300 zł – w przypadku, gdy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub w 2018 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych.

Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia nie przysługuje w przypadku, gdy Wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu.

- 5. Pomoc w module II w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, ma charakter progresywny i motywacyjny. Wysokość dodatku dla każdego wnioskodawcy jest uzależniona od jego postępów w nauce i wynosi:
 - 1) do 50% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na pierwszym roku nauki w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym, w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku;
 - 2) do 75% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki na kolejnym, drugim roku edukacji w ramach wszystkich form edukacji na poziomie wyższym;
 - 3) do 100% wyliczonej dla wnioskodawcy maksymalnej kwoty dodatku – w przypadku pobierania nauki w kolejnych latach (od trzeciego roku) danej formy edukacji na poziomie wyższym, przy czym studenci studiów II stopnia i uczestnicy studiów doktoranckich mogą otrzymać dodatek w kwocie maksymalnej na każdym etapie nauki.
- 6. Przekazanie dofinansowania kosztów opłaty za naukę(czesne) oraz dodatku na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego następuje po zawarciu umowy dofinansowania.
- 7. Przekazanie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia następuje po przekazaniu realizatorowi programu informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półrocza objętego dofinansowaniem lub po złożeniu zaświadczenia ze szkoły/uczelni, że wnioskodawca uczęszczał na zajęcia, objęte planem/programem studiów/nauki.
- 8. Wnioskodawca, który w okresie objętym dofinansowaniem, z przyczyn innych niż niezależnych od niego (np. stan zdrowia) - nie uczęszczał na zajęcia objęte planem/ programem studiów/nauki, a w przypadku przewodu doktorskiego – nie realizował przewodu doktorskiego zgodnie z przyjętym harmonogramem, zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki w tym semestrze/półroczu.
- 9. **Dopuszczalność udzielania pomocy w ramach modułu II:**
 - 1) każdy wnioskodawca może uzyskać pomoc ze środków PFRON łącznie maksymalnie w ramach 20 (dwudziestu) semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym - warunek ten dotyczy także wsparcia udzielonego w ramach programów PFRON:
 - a) „STUDENT - kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”,
 - b) „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych”, z uwzględnieniem pkt 2,
 - 2) wnioskodawcy, którzy do dnia złożenia wniosku uzyskali pomoc ze środków PFRON w ramach większej liczby semestrów/półroczy, niż wskazana w pkt 1, mogą uzyskać pomoc w ramach programu - do czasu ukończenia rozpoczętych form kształcenia na poziomie wyższym, jeśli są one realizowane zgodnie z planem/programem studiów i zostały rozpoczęte, gdy limit,

- o którym mowa w pkt 1 nie został przekroczony,
- 3) decyzja o dofinansowaniu kosztów nauki w przypadku ponownego wsparcia wcześniej dofinansowanego semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego - należy do kompetencji realizatora programu, z zastrzeżeniem pkt 4, przy czym spowolnienie toku studiów nie jest traktowane jako powtarzanie semestru,
 - 4) wypłata dofinansowania w sytuacji, o której mowa w pkt3, jest dozwolona w ramach dopuszczalnej, łącznej liczby semestrów/ półroczy, o której mowa w pkt 1 - z zastrzeżeniem, iż może to nastąpić nie więcej niż dwa razy w ciągu trwania nauki w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym (szkoła policealna, kolegium, szkoła wyższa, przewód doktorski otwarty poza studiami doktoranckimi) i tylko jeżeli powtarzanie semestru/półrocza/roku szkolnego lub akademickiego przez wnioskodawcę następuje z przyczyn od niego niezależnych (np. stan zdrowia, likwidacja /zamknięcie kierunku),
 - 5) wnioskodawca, który w okresie objętym dofinansowaniem przekroczy limit, o którym mowa w pkt 4 (po raz trzeci nie zalicza semestru/półrocza), zobowiązany jest do zwrotu kwoty dofinansowania kosztów nauki w tym semestrze/półroczu i do czasu ukończenia nauki na rozpoczętym poziomie, nie może korzystać z pomocy w module II, z uwzględnieniem pkt 6,
 - 6) na pisemny wniosek realizatora programu, decyzję o wyrażeniu zgody na ponowne dofinansowanie kosztów nauki w przypadku wnioskodawcy, który ze względu na stan zdrowia po raz trzeci nie zalicza semestru/półrocza objętego dofinansowaniem w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, podejmują Pełnomocnicy Zarządu w Biurze Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; w przypadku podjęcia decyzji, zwrot kwoty dofinansowania kosztów nauki, o którym mowa w pkt 5 - nie ma zastosowania,
 - 7) limit, o którym mowa w pkt 1, nie dotyczy osób ubiegających się o dofinansowanie kosztów nauki w ramach studiów III stopnia, a także osób zamierzających otworzyć przewód doktorski poza studiami doktoranckimi (II stopnia)
10. W przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich, przysługuje wyłącznie dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego.
11. Udział własny wnioskodawcy w module II – w zakresie kosztów czesnego wynosi:

| Moduł II – wysokość udziału własnego wnioskodawcy (w kosztach czesnego) | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| Liczba form kształcenia jednocześnie objętych dofinansowaniem w ramach programu | Wnioskodawcy zatrudnieni | Wnioskodawcy niezatrudnieni |
| Jedna forma kształceniana na poziomie wyższym (na jednym kierunku) | 15% | 0% |
| Więcej niż jedna forma kształcenia na poziomie wyższym (na jednym kierunku) | 65 % * | 50 %* |

* warunek dotyczy drugiej i kolejnych form kształcenia na poziomie wyższym (drugiego i kolejnych kierunków).

- z obowiązku wniesienia udziału własnego w Module II zwolniony jest Wnioskodawca, gdy wysokość jego przeciętnego miesięcznego dochodu nie przekracza kwoty 583 zł (netto) na osobę.

- środki finansowe stanowiące udział własny Wnioskodawcy mogą pochodzić z różnych źródeł, jednak nie mogą pochodzić ze środków PFRON.
12. Realizator ma prawo obniżyć zakres i wysokość dofinansowania do poziomu, jaki wynika z wysokości kwot wnioskowanych we wszystkich wnioskach (zapotrzebowania) i kwoty przeznaczonej na realizację programu Moduł II, w celu objęcia wsparciem wszystkich wnioskodawców, których wnioski zostały pozytywnie zweryfikowane pod względem formalnym, przy czym:
- dofinansowanie opłaty za naukę (czesne) oraz opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego ma charakter obligatoryjny,
 - przyznanie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia, należy do kompetencji Realizatora tj. do PCPR w Wołominie i zależy od wysokości otrzymanych środków PFRON oraz ilości złożonych wniosków,
 - nie ma możliwości zwiększenia kwoty dodatku na pokrycie kosztów kształcenia z innych tytułów poza wymienionymi w pkt. 4.3.
13. W ramach modułu II, osoby z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności mogą uzyskać pomoc finansową wyłącznie wtedy, gdy spełniają łącznie następujące warunki:
- 1) uczestnicząc w pilotażowym programie „Aktywny samorząd” lub w programie pn. „STUDENT II – kształcenie ustawiczne osób niepełnosprawnych” - posiadały znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności,
 - 2) w trakcie uczestnictwa w programie, o którym mowa powyżej, orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności uzyskały nie wcześniej niż po zaliczeniu pierwszego roku nauki, a w przypadku form kształcenia trwających jeden rok – pierwszego semestru nauki.
14. W sytuacji, o której mowa w ust. 12 pomoc finansowa może być przyznawana wyłącznie do czasu ukończenia przez wnioskodawcę nauki w ramach tej formy kształcenia, w trakcie której nastąpiła zmiana stopnia niepełnosprawności na lekki.
15. W przypadku, gdy Beneficjent pomocy w ramach Modułu II posiada czasowe orzeczenie o niepełnosprawności, którego ważność kończy się w trakcie trwania danego półrocza objętego dofinansowaniem, zobowiązany jest przedłożyć kolejne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, nie później niż łącznie z dokumentami rozliczającymi dofinansowanie przyznane na dane półrocze.
16. Jeżeli z treści orzeczenia, o którym mowa w ust. 14 będzie wynikać, iż Beneficjent pomocy nie spełnia warunku uczestnictwa w programie dotyczącego stopnia niepełnosprawności (przeszedł być osobą niepełnosprawną w sensie prawnym lub posiada orzeczony lekki stopień niepełnosprawności ale nie spełnia warunku wskazanego w ust. 12 pkt 2 wysokość dofinansowania obniża się proporcjonalnie do liczby dni, w których Beneficjent pomocy nie spełniał tego warunku.
17. **Ocena formalna wniosków:**
- 1) Weryfikacja formalna wniosku polega na sprawdzeniu przez pracownika Realizatora, czy wnioskodawca spełnia wszystkie obowiązujące warunki uczestnictwa w programie i ubiegania się w jego ramach o wsparcie. Ocenie formalnej podlega:
 - a) spełnianie przez wnioskodawcę wszystkich kryteriów uprawniających do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania,
 - b) dotrzymanie przez wnioskodawcę terminu na złożenie wniosku,
 - c) kompletność i poprawność danych zawartych we wniosku, zgodność wniosku oraz

- wymaganych załączników,
- d) wypełnienie wymagalnych rubryk we wniosku i załącznikach do wniosku.
- 2) Realizator w terminie 10 dni od dnia złożenia wniosku, informuje Wnioskodawcę o występujących we wniosku uchybieniach i brakach. Realizator wyznacza Wnioskodawcy w tym celu co najmniej 14-dniowy termin (liczony w dniach kalendarzowych) uzupełnienia wniosku o brakujące dane i/lub załączniki.
 - 3) Za kompletny wniosek uważa się wniosek zawierający wszystkie wymagane dane wraz z kompletem wymaganych załączników.
 - 4) W ciągu 30 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, Realizator rozpatruje pod względem formalnym wniosek, a następnie w ciągu 10 dni informuje na piśmie Wnioskodawcę o sposobie rozpatrzenia wniosku.
 - 5) Podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania osobie niepełnosprawnej dofinansowania są informacje aktualne na dzień złożenia wniosku, z wyjątkiem wniosków wnioskodawców zobowiązanych do uzupełnienia lub korekty danych - w tym przypadku podstawą podjęcia decyzji w sprawie przyznania dofinansowania są informacje aktualne na dzień uzupełnienia wniosku.
 - 6) Wnioskodawca ubiegający się o refundację kosztów poniesionych przed dniem zawarcia umowy dofinansowania, warunki uczestnictwa w programie musi spełniać także w terminie poniesienia kosztu objętego refundacją i/lub w okresie objętym refundacją kosztów.
 - 7) W przypadkach indywidualnych PCPR może wystąpić do Wnioskodawcy o złożenie dodatkowych dokumentów lub/i wyjaśnień. Ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie – w terminie wyznaczonym przez PCPR.
 - 8) Prawidłowo zaadresowana korespondencja do Wnioskodawcy, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną.
 - 9) Wnioski nieuzupełnione we wskazanym przez PCPR terminie, są weryfikowane negatywnie pod względem formalnym i podlegają archiwizacji. Negatywna weryfikacja formalna jest równoznaczna z wykluczeniem z uczestnictwa w programie.
 - 10) PCPR informuje pisemnie Wnioskodawcę o wynikach weryfikacji formalnej wniosku. Wnioskodawca w uzasadnionych przypadkach (np. błąd po stronie PCPR) może zwrócić się pisemnie do Dyrektora PCPR w Wołominie o przeprowadzenie ponownej weryfikacji formalnej wniosku. Taka możliwość istnieje tylko w ciągu 7 dni kalendarzowych od daty otrzymania pisma PCPR informującego o wyniku weryfikacji formalnej wniosku.
 - 11) Wnioski w ramach Modułu II nie podlegają ocenie merytorycznej.

18 .Ustalenia końcowe.

- 1) Ostateczną decyzję w sprawie odmowy lub przyznania pomocy finansowej i jej wysokości podejmuje Dyrektor PCPR w Wołominie zgodnie z nadanymi uprawnieniami.
- 2) Decyzja będzie rejestrowana w odpowiedniej rubryce formularza wniosku wraz z datą jej podjęcia, pieczęciami i podpisami osób podejmujących decyzję. Decyzja o przyznaniu dofinansowania jest podstawą zawarcia umowy dofinansowania.
- 3) PCPR powiadomi Wnioskodawcę pisemnie o sposobie rozpatrzenia kompletnego wniosku wraz z podaniem uzasadnienia w przypadku decyzji odmownej.
- 4) W przypadku pozytywnej decyzji o przyznaniu dofinansowania, PCPR poinformuje telefonicznie lub e-mailowo o miejscu i terminie podpisania umowy oraz o wymaganych dokumentach przy podpisywaniu umowy.
- 5) **Warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie przez wnioskodawcę wszystkich warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy.**
- 6) Umowa dofinansowania określa obowiązki oraz uprawnienia stron i stanowi zobowiązanie do

ich przestrzegania, określa wysokość przyznanej pomocy finansowej, sposób zabezpieczenia i przekazania środków oraz termin i sposób ich rozliczenia z zastrzeżeniem, że wysokość dofinansowania na realizację poszczególnego wniosku nie może przekroczyć kwoty wnioskowanej przez wnioskodawcę.

- 7) Kwota dofinansowania przyjmowana jest w pełnych złotych, zaokrąglonych na zasadach ogólnych.
- 8) W przypadku przyznania dofinansowania, realizacja dofinansowania następuje po podpisaniu umowy pomiędzy Realizatorem a wnioskodawcą.
- 9) Przekazanie przyznanych środków następuje na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub podmiotu prowadzącego kształcenie w terminie 14 dni od daty podpisania umowy.
- 10) Rozliczenie przyznanego dofinansowania nastąpi po dostarczeniu przez Wnioskodawcę dokumentów potwierdzających wysokość poniesionych kosztów, w przypadku opłat za naukę (czesne), (faktury VAT, rachunku, zaświadczenia lub innego dokumentu księgowego, gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie jest możliwe wystawienie faktury VAT) – w terminie wskazanym w podpisanej umowie.
- 11) Wszelkie zasady rozliczania przyznanej pomocy dokonywane będą zgodnie z postanowieniami umowy „o udzieleniu pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym, w ramach programu „Aktywny samorząd” – Moduł II”.
- 12) Realizator w szczególnie uzasadnionych indywidualnych przypadkach zastrzega sobie prawo zmiany poszczególnych, pojedynczych postanowień przedmiotowej umowy.
- 13) W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach obowiązują wszystkie warunki ogłoszone w dokumentach Zarządu PFRON dotyczących realizacji pilotażowego programu „Aktywny samorząd” w roku 2018.

19. Zakres pojęć – ilekroć w niniejszym dokumencie lub w programie mowa jest o:

- 1) **aktywności zawodowej** – należy przez to rozumieć:
 - a) zatrudnienie, lub
 - b) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna, lub
 - c) rejestrację w urzędzie pracy jako osoba poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu, okresy aktywności zawodowej w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres aktywności;
- 2) **opłacie za naukę (czesne)** - należy przez to rozumieć opłatę pobieraną za naukę w szkole policealnej lub wyższej w okresie objętym umową dofinansowania; opłata za naukę (czesne) nie obejmuje innych opłat z tytułu usług edukacyjnych (przykładowo: opłaty związanej z powtórzeniem określonych zajęć z powodu niezadowalających wyników w nauce, za zajęcia nieobjęte planem studiów, za studia realizowane w języku obcym) ani innych opłat przewidzianych przepisami prawa powszechnie obowiązującego (przykładowo za wydanie: legitymacji studenckiej i jej duplikatu, dyplomu ukończenia studiów, jego duplikatu oraz dodatkowego odpisu dyplomu w tłumaczeniu na język obcy, itp.), które to koszty mogą być pokrywane przez beneficjenta pomocy ze środków dofinansowania przyznanego w formie dodatku na pokrycie kosztów kształcenia;
- 3) **nauce w szkole wyższej** – należy przez to rozumieć naukę w następujących formach edukacji na poziomie wyższym: studia pierwszego stopnia, studia drugiego stopnia, jednolite studia magisterskie, studia podyplomowe lub doktoranckie (trzeciego stopnia) prowadzone przez szkoły wyższe w systemie stacjonarnym (dziennym) lub niestacjonarnym (wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym, w tym również za pośrednictwem Internetu);
- 4) **szkole policealnej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę policealną, działającą zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r., poz. 59, z późn. zm.);

- 5) **szkole wyższej** – należy przez to rozumieć publiczną lub niepubliczną szkołę wyższą utworzoną zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1842, z późn. zm.) lub uczelnię zagraniczną a także szkołę wyższą i wyższe seminarium duchowne prowadzone przez Kościół Katolicki lub inne kościoły i związki wyznaniowe;
- 6) **kolegium** – należy przez to rozumieć kolegium działające zgodnie z ustawą z dnia 714 grudnia 2016 r. Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r., poz.59, z późn. zm.);
- 7) **półroczu/semestrze** – należy przez to rozumieć okres, na który może zostać przyznana pomoc finansowa na pokrycie kosztów nauki, obejmujący zajęcia dydaktyczne i sesję egzaminacyjną
- 8) **dotatku na pokrycie kosztów kształcenia** - należy przez to rozumieć nie wymagającą rozliczania kwotę przeznaczoną na wydatki wnioskodawcy związane z pobieraniem nauki;
- 9) **miejscu zamieszkania** – należy przez to rozumieć, zgodnie z normą kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będąca ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania;
- 10) **informacji o zaliczeniu przez wnioskodawcę semestru/półroczu objętego dofinansowaniem** – należy przez to rozumieć każdą udokumentowaną informację potwierdzającą, że student pobierał naukę w semestrze objętym dofinansowaniem (np. wpis na kolejny semestr, w tym warunkowy, informacja o dopuszczeniu do sesji egzaminacyjnej, potwierdzenie zdania egzaminu w trakcie sesji egzaminacyjnej, np. w formie oceny itp.); źródłem informacji może być np. indeks, wydruk z USOS, zaświadczenie uczelni, itp.);
- 11) **gospodarstwie domowym wnioskodawcy** – należy przez to rozumieć, w zależności od stanu faktycznego:
 - a) **wspólne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca ma wspólny budżet domowy z innymi osobami, wchodzącymi w skład jego rodziny, lub
 - b) **samodzielne gospodarstwo** – gdy wnioskodawca mieszka oraz utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów lub przy wsparciu właściwych instytucji, ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu, przy czym wnioskodawcę, który ukończył 25 rok życia i nie osiąga własnych dochodów ani nie korzysta ze wsparcia właściwych instytucji, zalicza się do wspólnego gospodarstwa domowego rodziców/ opiekunów;
- 12) **Karcie Dużej Rodziny** – należy przez to rozumieć dokument identyfikujący członka rodziny wielodzietnej, zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2014 r. o Karcie Dużej Rodziny (Dz. U. z 2016 r., poz. 785) lub inny dokument, na podstawie którego wnioskodawca objęty jest działaniami/ulgami adresowanymi do rodzin wielodzietnych, ujętymi w ramy programów, które pod różnymi nazwami funkcjonują w Polsce, bądź wprowadzonymi jako samodzielny instrument nieobudowany programem;
- 13) **osobie poszkodowanej w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych** – należy przez to rozumieć:
 - a) osobę zamieszkującą na terenie gminy umieszczonej w wykazie określonym w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów, wydanym na podstawie art. 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2001 r. o szczególnych zasadach odbudowy, remontów i rozbiórek obiektów budowlanych zniszczonych lub uszkodzonych w wyniku działania żywiołu (Dz. U. z 2016 r. poz. 1067), wobec której (lub wobec członka jej gospodarstwa domowego) podjęta została decyzja o przyznaniu zasiłku celowego w związku z wystąpieniem zdarzenia noszącego znamiona klęski żywiołowej dla osób lub rodzin, które poniosły straty w gospodarstwach domowych (budynkach mieszkalnych, podstawowym wyposażeniu gospodarstw

domowych) na podstawie art. 40 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.), a także,

b) osobę, którą dotknęło inne zdarzenie losowe, skutkujące stratami materialnymi w gospodarstwie domowym (np. pożar, kradzież, zalanie), udokumentowane /potwierdzone przez właściwą jednostkę (np. jednostkę pomocy społecznej, straż pożarną, Policję);

14) przeciętnym miesięcznym dochodzie wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1952), obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się; w przypadku działalności rolniczej – dochód ten oblicza się na podstawie wysokości przeciętnego dochodu z pracy w indywidualnych gospodarstwach rolnych z 1 ha przeliczeniowego w 2016 r. (Obwieszczenie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 22 września 2017 r. - M.P. 2017, poz. 884), według wzoru: $[(2.577 \text{ zł} \times \text{liczba hektarów})/12]/\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wnioskodawcy}$;

15) przerwie w nauce (w przypadku modułu II) – należy przez to rozumieć przerwę w kontynuowaniu nauki, w trakcie której osoba niepełnosprawna nie ponosi kosztów nauki, np. urlop dziekański, urlop zdrowotny;

16) spowolnienie toku studiów – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający wydłużenie okresu trwania studiów (np. jeden semestr w ciągu roku akademickiego). Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 roku w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, warunki odbywania studiów określają regulaminy studiów. O ile decyzja o spowolnieniu toku studiów nie jest decyzją o powtarzaniu roku, wnioskodawca może korzystać z pomocy w module II na zasadach ogólnych;

17) studiach w przyspieszonym trybie – należy przez to rozumieć indywidualną organizację studiów lub indywidualny tok studiów, przyjęty na podstawie decyzji uczelni, umożliwiający skrócenie okresu trwania studiów, przy czym program studiów w przyspieszonym trybie (np. trzy semestry w ciągu roku akademickiego) musi być zgodny z obowiązującymi standardami kształcenia dla danego kierunku studiów i zgodny z obowiązującym planem ogólnym studiów. Zgodnie z § 1 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 25 września 2014 roku w sprawie warunków, jakim muszą odpowiadać postanowienia regulaminu studiów w uczelniach, warunki odbywania ww. studiów określają regulaminy studiów;

18) wymagalnych zobowiązaniach – należy przez to rozumieć:

a) w odniesieniu do zobowiązań o charakterze cywilnoprawnym – wszystkie bezsporne zobowiązania, których termin płatności dla dłużnika minął, a które nie zostały ani przedawnione ani umorzone,

b) w odniesieniu do zobowiązań publicznoprawnych, wynikających z decyzji administracyjnych wydawanych na podstawie przepisów k.p.a. – zobowiązania:

– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem dnia, w którym decyzja stała się ostateczna – w przypadku decyzji, w których nie wskazano terminu płatności,

– wynikające z decyzji ostatecznych, których wykonanie nie zostało wstrzymane z upływem terminu płatności oznaczonego w decyzji – w przypadku decyzji z oznaczonym terminem płatności,

– wynikające z decyzji nieostatecznych, którym nadano rygor natychmiastowej wykonalności;

19) zatrudnieniu – należy przez to rozumieć:

a) stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące,

b) stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę, jeżeli na podstawie przepisów szczególnych pracownik został powołany na czas określony; okres ten nie może być krótszy niż 3 miesiące,

- c) działalność rolniczą w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336),
 - d) działalność gospodarczą w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2017 r., poz. 2168),
 - e) zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej, zawartej na okres nie krótszy niż 6 miesięcy (okresy obowiązywania umów następujących po sobie, sumują się),
 - f) staż zawodowy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 1065 z późn. zm.)
- okresy zatrudnienia wnioskodawcy w ramach ww. mogą się sumować, jeśli następują po sobie w okresie nie dłuższym niż 30 dni, przy czym czas przerwy nie wlicza się w okres zatrudnienia;
- 20) **zdarzeniach losowych** – należy przez to rozumieć potwierdzone przez właściwe jednostki zdarzenia, nieprzewidziane i niezawinione przez wnioskodawcę/podopiecznego wnioskodawcy, które były nie do uniknięcia nawet przy zachowaniu należytej staranności, skutkujące utratą, zniszczeniem lub uszkodzeniem

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Wypełnia Realizator programu

program finansowany ze środków PFRON

WNIOSEK „P” - wypełnia Wnioskodawca w swoim imieniu

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsca, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

| <input type="checkbox"/> Moduł I | | <input type="checkbox"/> Moduł II pomoc w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 Pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 2 pomoc w uzyskaniu prawa jazdy kategorii B | |
| <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 4 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
| <input type="checkbox"/> Obszar D – pomoc w utrzymaniu aktywności zawodowej poprzez zapewnienie opieki dla osoby zależnej | | |

1. Informacje Wnioskodawcy – należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.
Dowód osobisty seria numer wydany przez
..... w dniu.....r.
ważny dor.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

Gospodarstwo domowe Wnioskodawcy: samodzielne (osoba samotna) wspólne

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lok. Powiat

Województwo

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny od adresu zamieszkania):

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy -
(pocztą)

Miejscowość

Ulica

Nr domu nr lokalu

Powiat

Województwo

Kontakt tel.: nr kier.nr telefonu.....

nr tel. komórkowego:.....

e' mail (o ile dotyczy):

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji | <input type="checkbox"/> znaczny stopień | <input type="checkbox"/> I grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień | <input type="checkbox"/> II grupa inwalidzka |
| <input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy | <input type="checkbox"/> lekki stopień | <input type="checkbox"/> III grupa inwalidzka |

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> obu kończyn górnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny górnej |
| <input type="checkbox"/> obu kończyn dolnych | <input type="checkbox"/> jednej kończyny dolnej |
| | <input type="checkbox"/> innym |

Wnioskodawca nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Wnioskodawca porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

| | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NARZĄD WZROKU 04-O <input type="checkbox"/> osoba niewidoma <input type="checkbox"/> osoba niedowidząca <input type="checkbox"/> osoba głuchoniewidoma | Lewe oko: | Prawe oko: |
| | Ostrość wzoru (w korekcji): | Ostrość wzoru (w korekcji): |
| | Zwężenie pola widzenia: stopni | Zwężenie pola widzenia: stopni |
| | | |

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

| | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe | <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> - OSOBA GŁUCHA | <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia | <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego | <input type="checkbox"/> 11-I inne |
| <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne | <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja | <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego | <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne | <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA

niezatrudniona/y: od dnia: bezrobotna/y* poszukująca/y pracy* nie dotyczy
*W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowane zaświadczenie

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: | Nazwa pracodawcy: |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | Adres miejsca pracy: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy | |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza Nr NIP: | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: |
| | Miejsce prowadzenia działalności: |

| ZDOBYTE WYKSZTAŁCENIE | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> podstawowe | <input type="checkbox"/> gimnazjalne | <input type="checkbox"/> zawodowe |
| <input type="checkbox"/> średnie ogólne | <input type="checkbox"/> średnie zawodowe | <input type="checkbox"/> policealne |
| <input type="checkbox"/> wyższe | <input type="checkbox"/> inne, jakie: | |
| OBECNIE WNIOSKODAWCA POBIERA NAUKĘ – <i>dotyczy tylko Modułu I</i> | | |
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> INNA, jaka: |
| <input type="checkbox"/> STUDIA (1 i 2 stopnia oraz jednolite magisterskie) | <input type="checkbox"/> STUDIA PODYPLOMOWE | <input type="checkbox"/> STUDIA DOKTORANCKIE |
| <input type="checkbox"/> STAŻ ZAWODOWY W RAMACH PROGRAMÓW UE | <input type="checkbox"/> nie dotyczy | |
| NAZWA I ADRES SZKOŁY, DO KTÓREJ WNIOSKODAWCA UCZĘSZCZA | | |
| Nazwa szkoły klasa/rok Kod pocztowy | | |
| Miejscowość ulica Nr domu | | |
| Telefon kontaktowy do szkoły, wymagany do potwierdzenia informacji: | | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

| <p>Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR? (<u>nie dotyczy</u> pomocy do uzyskania wykształcenia ze środków PFRON w ramach programów PFRON: STUDENT, STUDENT II oraz AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II, <u>tylko innych zadań finansowanych ze środków PFRON</u>)</p> | | | | | | <p>tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/></p> | |
|---|--|--|--------------------------------|--------------------|---------------------------|---|--|
| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: | | | | | | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
| Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: | | | | | | tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> | |
| Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania: | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| <p>Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął</p> | | | | | | | |

2

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU – dot. tylko Modułu I

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku, umieszczonego w tabeli nr 7 wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) Istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórnego/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

| Pytanie/zagadnienie | Informacje Wnioskodawcy |
|---|---|
| <p>1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia).</p> | <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
| <p>2) Czy niepełnosprawność Wnioskodawcy jest sprzężona (u Wnioskodawcy występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność) ? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu dot. niepełnosprawności.</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak 2 przyczyny niepełnosprawności <input type="checkbox"/> - nie</p> <p><input type="checkbox"/> - tak 3 przyczyny niepełnosprawności</p> |
| <p>3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania Wnioskodawca pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>4) Czy w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak (1 osoba) <input type="checkbox"/> - tak (więcej niż jedna osoba) <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>5) Czy Wnioskodawca w 2017 lub w 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację).</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> |
| <p>6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia).</p> | <p><input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

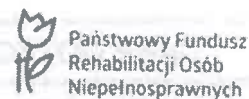
Agata Zędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

Wniosek złożono w
w dniu

Nr sprawy:



program finansowany ze środków PFRON

Wypełnia Realizator programu

WNIOSEK „O” - wypełnia Wnioskodawca na rzecz podopiecznego

o dofinansowanie ze środków PFRON w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”

We wniosku należy wypełnić wszystkie pola i rubryki, ewentualnie wpisać "nie dotyczy". W przypadku, gdy w formularzu wniosku przewidziano zbyt mało miejsc, należy w odpowiedniej rubryce wpisać „W załączeniu – załącznik nr ..”, czytelnie i jednoznacznie przypisując numery załączników do rubryk formularza, których dotyczą. Załączniki powinny zostać sporządzone w układzie przewidzianym dla odpowiednich rubryk formularza.

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie i montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania |
| <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 dofinansowanie szkoleń w zakresie obsługi nabytego w ramach programu sprzętu elektronicznego i oprogramowania | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | |

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym (prawnie) należy wypełnić wszystkie pola

DANE PERSONALNE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

rodzic dziecka opiekun prawny dziecka/podopiecznego

Imię..... Nazwisko..... Data urodzeniar.

Dowód osobisty seria numer wydany przez

..... w dniu.....r. ważny dor.

PESEL

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES) - pobyt stały

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok. Powiat

Województwo

ADRES ZAMELDOWANIA

(należy wpisać, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kod pocztowy - (poczta)

Miejscowość

ulica

Nr domu Nr lok.

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.nr telefonu/nr tel. komórkowego:.....

e'mail (o ile dotyczy):

Adres korespondencyjny: (jeśli jest inny od adresu zamieszkania)

Handwritten signature

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA/PODOPIECZNEGO, zwanego dalej „podopiecznym”

DANE PERSONALNE

Imię

Nazwisko

Data urodzenia:..... r.

PESEL

Pełnoletni: tak nie

Płeć: kobieta mężczyzna

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (ADRES)

(jeśli inny niż Wnioskodawcy – pobyt stały)

Kod pocztowy

(poczta)

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lok.

Powiat

Województwo

STAN PRAWNY DOT. NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

całkowita niezdolność do pracy i do samodzielnej egzystencji lub całkowita niezdolność do samodzielnej egzystencji znaczny stopień I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy umiarkowany stopień II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do pracy lekki stopień III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności – w przypadku osób do 16 roku życia

Orzeczenie dot. niepełnosprawności ważne jest: okresowo do dnia: bezterminowo

RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI PODOPIECZNEGO

NARZĄD RUCHU 05-R, w zakresie: obu kończyn górnych jednej kończyny górnej

obu kończyn dolnych jednej kończyny dolnej innym

Podopieczny nie porusza się przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się samodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

Podopieczny porusza się niesamodzielnie przy pomocy wózka inwalidzkiego:

NARZĄD WZROKU 04-O

Lewe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

Prawe oko:

Ostrość wzoru (w korekcji):.....

Zwężenie pola widzenia: stopni

osoba niewidoma

osoba niedowidząca

osoba głuchoniewidoma

INNE PRZYCZYNY niepełnosprawności wynikające z orzeczenia (proszę zaznaczyć właściwy kod/symbol):

01-U upośledzenie umysłowe

03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu

- OSOBA GŁUCHA

07-S choroby układu oddechowego i krążenia

09-M choroby układu moczowo - pęcherzowego

11-I inne

02-P choroby psychiczne

06-E epilepsja

08-T choroby układu pokarmowego

10-N choroby neurologiczne

12-C całościowe zaburzenia rozwojowe

OBECNIE PODOPIECZNY JEST WYCHOWANKIEM/UCZNIEM PLACÓWKI

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ŻŁOBEK | <input type="checkbox"/> PRZEDSZKOLE | <input type="checkbox"/> SZKOŁA PODSTAWOWA |
| <input type="checkbox"/> GIMNAZJUM | <input type="checkbox"/> TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY | |
| <input type="checkbox"/> ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA | <input type="checkbox"/> LICEUM | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM |
| <input type="checkbox"/> SZKOŁA POLICEALNA | <input type="checkbox"/> KOLEGIUM | <input type="checkbox"/> STUDIA |
| <input type="checkbox"/> INNA, jaka | | <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

NAZWA I ADRES PLACÓWKI

Nazwa placówki klasa/rok Kod pocztowy

Miejscowość ulica Nr domu

Telefon kontaktowy do placówki, wymagany do potwierdzenia informacji:

AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA PODOPIECZNEGO (o ile dotyczy)

niezatrudniona/y: od dnia: bezrobotna/y* poszukująca/y pracy* nie dotyczy

*W przypadku zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy, należy dołączyć stosowne zaświadczenie

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> zatrudniona/y: od dnia: do dnia: | Nazwa pracodawcy: |
| <input type="checkbox"/> na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> inny, jaki: | Adres miejsca pracy: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony lub określony, jednakże nie krótszy niż 3 miesiące | Telefon kontaktowy do pracodawcy, wymagany do potwierdzenia zatrudnienia: |
| <input type="checkbox"/> stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę | |
| <input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna <input type="checkbox"/> staż zawodowy | |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza NIP: | <input type="checkbox"/> na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej nr....., dokonanego w urzędzie: |
| <input type="checkbox"/> działalność rolnicza | <input type="checkbox"/> inna, jaka i na jakiej podstawie: |
| Miejsce prowadzenia działalności: | |

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec PFRON: tak nie

Czy Wnioskodawca posiada wymagalne zobowiązania wobec Realizatora programu: tak nie

Jeżeli tak, proszę podać rodzaj i wysokość (w zł) wymagalnego zobowiązania:

.....

Uwaga! za „wymagalne zobowiązanie” należy rozumieć zobowiązanie, którego termin zapłaty upłynął

A h

Czy Wnioskodawca lub członek jego gospodarstwa domowego korzystał ze środków PFRON w ciągu ostatnich 3 lat (licząc od dnia złożenia wniosku), w tym poprzez PCPR lub MOPR?

tak nie

| Cel (nazwa instytucji, programu i/ lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc) | Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON) | Beneficjent (imię i nazwisko osoby, dla której Wnioskodawca uzyskał środki PFRON) | Numer i data zawarcia umowy | Termin rozliczenia | Kwota przyznana (w zł) | Kwota rozliczona przez organ udzielający pomocy (w zł) |
|--|---|--|-----------------------------|--------------------|------------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Razem uzyskane dofinansowanie: | | | | | | |

3. INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU

UWAGA! Są to informacje mogące decydować o kolejności realizacji wniosków, dlatego prosimy o wyczerpujące informacje i odpowiedzi na poniższe pytania i zagadnienia. W miarę możliwości wykazania, każdą podaną informację należy udokumentować (np. fakt występowania innej osoby niepełnosprawnej w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy należy potwierdzić kserokopią stosownego orzeczenia tej osoby) w formie załącznika do wniosku. W przeciwnym razie, informacja może zostać nieuwzględniona w ocenie wniosku. Wnioskodawca, który ubiega się o ponowne udzielenie pomocy ze środków PFRON na ten sam cel jest zobowiązany wykazać we wniosku (poniższy pkt 1) istotne przesłanki wskazujące na potrzebę powtórzenia/kolejnego dofinansowania ze środków PFRON.

Pytanie/zagadnienie

Informacje Wnioskodawcy

1) Uzasadnienie wniosku (należy uzasadnić wybór danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do sprzętu posiadanego, należy wskazać, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia).

.....

2) Czy niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (występuje więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności, kilka schorzeń ograniczających samodzielność)? Niepełnosprawność sprzężona musi być potwierdzona w posiadanym orzeczeniu.

- tak 2 przyczyny niepełnosprawności - nie
 - tak 3 przyczyny niepełnosprawności

3) Czy w przypadku przyznania dofinansowania podopieczny pierwszy raz uzyska dofinansowanie danego przedmiotu dofinansowania (nigdy nie uzyskał pomocy ze środków PFRON na ten sam cel, w tym w ramach środków przekazywanych do samorządu np. w PCPR)?

- tak - nie

4) Czy w gospodarstwie domowym podopiecznego są także inne osoby niepełnosprawne (posiadające odpowiednie orzeczenie prawne dot. niepełnosprawności)?

- tak (1 osoba) - tak (więcej niż jedna osoba) - nie

5) Czy podopieczny w 2017 lub w 2018 roku został poszkodowany w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych? (jeśli „tak”, należy dołączyć właściwą dokumentację).

- tak - nie

6) Czy występują szczególne utrudnienia (jakie)? np. pogorszenie stanu zdrowia, konieczność leczenia szpitalnego, źle zurbanizowana czy skomunikowana z innymi miejscowość, skomplikowana sytuacja rodzinna, trudności finansowe, itp. (jeśli „tak”, należy dołączyć stosowne zaświadczenia)

- tak - nie

7) Czy wnioskodawca jest osobą samotnie wychowującą dziecko/podopiecznego i mającą dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu?

- tak - nie

ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wokimlinie

Anna Zędzian

DYREKTOR
 Powiatowego Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Wokimlinie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie 1

STRONA 5

| Specyfikacja zakupu (rodzaj planowanego oprzyrządowania samochodu) | | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | dodatkowe pasy, uchwyty ułatwiające wsiadanie i wysiadanie | |
| <input type="checkbox"/> | automatyczna skrzynia biegów, sprzęgło automatyczne, ręczny sterownik sprzęgła | |
| <input type="checkbox"/> | elektrohydrauliczne mechanizmy do obniżania i podnoszenia nadwozia | |
| <input type="checkbox"/> | specjalne siedzenia | |
| <input type="checkbox"/> | elektroniczna obręcz przyspieszenia | |
| <input type="checkbox"/> | ręczny gaz – hamulec | |
| <input type="checkbox"/> | przedłużenie pedałów | |
| <input type="checkbox"/> | sterowanie elektroniczne | |
| <input type="checkbox"/> | podnośnik lub najazd do wózka inwalidzkiego | |
| <input type="checkbox"/> | przeniesienie dźwigni lub pedałów, przełączników | |
| <input type="checkbox"/> | system wspomagania parkowania | |
| <input type="checkbox"/> | inne, jakie: | |
| RAZEM | | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Orientacyjna cena brutto (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|--------------------------|
| | |

6. Informacje uzupełniające

Jestem właścicielem lub współwłaścicielem samochodu marki:.....rok produkcji, nr rejestracyjny

Nie jestem właścicielem ani współwłaścicielem samochodu

Użytkuję samochód marki rok produkcji nr rejestracyjny na podstawie umowy (np. umowa użytkowania, najmu, użyczenia, dzierżawy itd.).

Pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym członek mojej rodziny (proszę podać stopień pokrewieństwa).....jest właścicielem lub współwłaścicielem samochodu albo użytkuje samochód na podstawie umowy: marka:..... rok produkcji, nr rejestracyjny

NIE POSIADAM OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU POSIADAM NASTĘPUJĄCE OPRZYRZĄDOWANIE SAMOCHODU:

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC W ZAKUPIE OPRZYRZĄDOWANIA SAMOCHODU:

NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego tak - nie,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także pod adresem: www.pcprwołomin.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup/montaż oprzyrządowania samochodu: tak - nie,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego oprzyrządowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej co najmniej 15% ceny brutto),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: tak - nie,

8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przekazanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|---|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Faktura proforma dotycząca zakupu/montażu oprzyrządowania do posiadanego samochodu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Kserokopia dowodu rejestracyjnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 12. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Macieł Burakoński

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar A/Zadanie nr 2**STRONA 5**

Przez koszty uzyskania prawa jazdy rozumie się koszty kursu i egzaminów na prawo jazdy kategorii B oraz pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy kategorii B, tj. koszty dojazdu, wyżywienia i zakwaterowania w okresie trwania kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca.

Dofinansowanie kosztów uzyskania prawa jazdy:

Planowany termin kursu:, nazwa i adres ośrodka:.....

Kurs odbywać się będzie poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca: NIE TAK

Planowany środek transportu na miejsce przeprowadzenia kursu:

Podstawa kalkulacji kosztów uzyskania prawa jazdy, np. oferta firmy (jakiej), informacja na stronie internetowej www (nazwa), dla kosztów dojazdu: cennik PKP - pociąg osobowy kl. II lub transport prywatny (z uwzględnieniem liczby kilometrów ogółem, zużycia paliwa na 100 km, ceny paliwa) itp.:

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty uzyskania prawa jazdy: | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|---------------------------------|--------------------------|
| Koszt kursu i egzaminów | | |
| <i>oraz o ile dotyczy (tylko w przypadku kursu przeprowadzanego poza miejscowością, w której mieszka Wnioskodawca)</i> | | |
| Koszty zakwaterowania i wyżywienia w okresie trwania kursu | | |
| Koszty dojazdu, obejmujące koszty przyjazdu na kurs i powrotu z kursu | | |
| Razem | | |

6. Informacje uzupełniające

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W POKRYCIU KOSZTÓW UZYSKANIA PRAWA

JAZDY: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku.....

numer rachunku bankowego

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego: nie tak,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprwołomin.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego co najmniej 25% kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów uzyskania prawa jazdy kategorii B: nie tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących

załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,

8. w ciągu ostatnich 3 lat **byłem(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **nie** **tak**,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

 podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2 do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Poświadczona za zgodność z oryginałem kserokopia zaświadczenia wydanego przez lekarza uprawnionego do badań kierowców | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Harmonogram kursu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wołominie
 Agata Żędzian

DYREKTOR
 Powiatowego Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Wołominie
 Maciej Burakoński

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar B/Zadanie nr 1 oraz nr 2 STRONA 5

| | | |
|--|--|--|
| Zadanie nr 1 - specyfikacja zakupu - proszę wymienić sprzęt elektroniczny, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku – nazwy sprzętu specjalistycznego/urządzeń/ oprogramowania: | | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
| Sprzęt elektroniczny: | | |
| Elementy sprzętu elektronicznego: | | |
| Oprogramowanie: | | |
| RAZEM | | |
| Zadanie nr 2 - specyfikacja - proszę wymienić zakres tematyczny i liczbę godzin wnioskowanego szkolenia komputerowego, o dofinansowanie którego Wnioskodawca ubiega się w ramach niniejszego wniosku, nazwę podmiotu prowadzącego szkolenie | | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
| | | |
| RAZEM | | |

5. Informacje uzupełniające

POSIADAM/PODOPIECZNY POSIADA* NASTĘPUJĄCY SPRZĘT KOMPUTEROWY I OPROGRAMOWANIE:

NIE POSIADAM/PODOPIECZNY NIE POSIADA* SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

Ukończone przez Wnioskodawcę/podopiecznego* kursy komputerowe:

CZY WNIOSKODAWCA/PODOPIECZNY* UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO

i OPROGRAMOWANIA: NIE TAK w roku w ramach

a także w roku w ramach

6. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Obszar wsparcia* | Orientacyjna cena brutto łącznie (razem z pkt 4 – w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|------------------|---|--------------------------|
| Zadanie nr 1 | | |
| Zadanie nr 2 | | |
| ŁĄCZNIE | | |

* - należy zaznaczyć właściwe

Oświadczam, że:

STRONA 6

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego **nie** **tak**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjął(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup sprzętu elektronicznego, jego elementów lub oprogramowania: **nie** **tak**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie wnioskowanego sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10%** ceny brutto sprzętu elektronicznego i/lub jego elementów i/lub oprogramowania),
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **nie** **tak**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych PFRON następuje na rachunek sprzedawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia/...../ 20... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Zaświadczenie wydane przez lekarza specjalistę zawierające opis rodzaju schorzenia będącego przyczyną orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, wypełnione czytelnie w języku polskim, wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2a lub 2b do formularza wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym – w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Faktura proforma na sprzęt elektroniczny ze szczegółową specyfikacją (obszar B1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Szczegółowa informacja dotycząca każdego z wnioskowanych sprzętów wraz z uzasadnieniem jak dany sprzęt znosić będzie skutki niepełnosprawności (obszar B1) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie
DYREKTOR Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Wołominie

Agata Żędzian

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 2

STRONA 5

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanego wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|--|---------------------------------------|
| Zakup części zamiennych, jakich: | |
| Zakup akumulatora | |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: | |
| Koszty naprawy/remontu | |
| Koszty przeglądu technicznego | |
| Koszty konserwacji/renowacji | |
| RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty utrzymania sprawności technicznej wózka: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------|--------------------------|
| Razem | | |

6. Informacje uzupełniające

Czy Wnioskodawca/podopieczny* uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym?

NIE TAK - w ramach (np. programu) Wr.

Wnioskodawca/podopieczny* użytkuje wózek inwalidzki o napędzie elektrycznym

NIE TAK (model, rok produkcji):

Okres gwarancyjny w związku z zakupem wózka upłynął: NIE TAK, w dniu: r.

Posiadany wózek był naprawiany w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowanym wózkiem (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

Czy w odniesieniu do przedmiotu/ów proponowanych do dofinansowania okres gwarancyjny upłynął:

NIE TAK, w dniu: r.

*- należy zaznaczyć właściwe

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY,
 na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku
 (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku

numer rachunku bankowego.....

 **DYREKTOR**
 Powiatowego Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Wołominie
 Maciej Burakowski

Oświadczam, że:**STRONA 6**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego **nie** **tak**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjmę do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprwołomin.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **nie** **tak**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwie) | | |
|------------------|--|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Kserokopia aktu urodzenia dziecka - w przypadku wniosku dotyczącego niepełnoletniej osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia dokumentu stanowiącego opiekę prawną nad podopiecznym - w przypadku wniosku dotyczącego osoby niepełnosprawnej, w imieniu której występuje opiekun prawny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Faktura proforma dotycząca kosztów utrzymania sprawności technicznej wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Macieł Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 3

| Specyfikacja zakupu protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | |
|---|---|
| PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> w zakresie ręki <input type="checkbox"/> przedramienia <input type="checkbox"/> ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym | PROTEZA KOŃCZYNY DOLNEJ, po amputacji: <input type="checkbox"/> na poziomie podudzia <input type="checkbox"/> na wysokości uda (także przez staw kolanowy) <input type="checkbox"/> uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym |
| Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały): | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| PROTEZA | | |
| KOSZTY DOJAZDU NA SPOTKANIE Z EKSPERTEM PFRON | | |
| ŁĄCZNIE | | |

6. Informacje uzupełniające

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

NIE POSIADAM PROTEZY

OD ROKU: UŻYTKUJĘ PROTEZĘ (rodzaj/opis techniczny):

CZY WNIOSKODAWCA UZYSKAŁ WCZEŚNIEJ POMOC ZE ŚRODKÓW PFRON W ZAKUPIE PROTEZY: NIE TAK

w roku w ramach a także w roku w ramach

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego **nie** **tak**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: **nie** **tak**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – **co najmniej 10% ceny brutto**),

Ah

6. na cel objęty niniejszym wnioskiem (zakup protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: nie tak,
7. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
8. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
9. przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
10. w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: nie tak,
11. przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych następuje na konto dostawcy przedmiotu zakupu, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2c do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Faktura proforma wraz ze szczegółową specyfikacją i kosztorysem – 2 szt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wotominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wotominie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar C/Zadanie nr 4

STRONA 5

| Proponowane do dofinansowania koszty utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne | ORIENTACYJNA CENA brutto (kwota w zł) |
|---|---------------------------------------|
| Zakup części zamiennych, jakich: | |
| Zakup dodatkowego wyposażenia, jakiego: | |
| Koszty naprawy/remontu | |
| Koszty przeglądu technicznego | |
| Koszty konserwacji/renowacji | |
| Inne, jakie: | |
| RAZEM | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Rodzaj przedmiotu dofinansowania | Orientacyjna cena brutto (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|---|---------------------------------|--------------------------|
| Koszty utrzymania sprawności technicznej protezy: | | |
| Koszty dojazdu na spotkanie z ekspertem PFRON: | | |
| ŁĄCZNIE | | |

6. Informacje uzupełniające

Specyfikacja posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne

PROTEZA KOŃCZYNY GÓRNEJ, po amputacji:

- w zakresie ręki
 przedramienia
 ramienia i wyluszczeniu w stawie barkowym

PROTEZA NOGI, po amputacji:

- na poziomie podudzia
 na wysokości uda (także przez staw kolanowy)
 uda i wyluszczeniu w stawie biodrowym

Dodatkowe informacje - opis techniczny protezy (elementy fabryczne, podzespoły, komponenty, materiały):

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego Wnioskodawcy: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku wsparcia udzielonego w programie:

Czy Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w zakupie protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne?

NIE TAK - w ramach (np. programu) W r.

Okres gwarancyjny w związku z zakupem protezy upłynął: NIE TAK, w dniu: r.

Posiadana proteza była naprawiana w roku:....., gwarancja na naprawę upłynęła: NIE TAK, w dniu: r.

Jakie problemy techniczne występują z użytkowaną protezą (jakie są istotne przesłanki udzielenia wsparcia ze środków PFRON):

DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku (dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)

nazwa banku.....

numer rachunku bankowego.....

Oświadczam, że:**STRONA 6**

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego **nie** **tak**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- w okresie ostatnich 3 lat uzyskałam(em) pomoc ze środków PFRON (w tym za pośrednictwem powiatu) na pokrycie kosztów utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne: **nie** **tak**,
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w kosztach utrzymania sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 10% ceny brutto),
- na cel objęty niniejszym wnioskiem (utrzymanie sprawności technicznej posiadanej protezy, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne) uzyskałam(em) pomoc ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia: **nie** **tak**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż środki finansowe stanowiące udział własny wnioskodawcy nie mogą pochodzić ze środków PFRON,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **nie** **tak**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy sprzedawcy/usługodawcy, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....

podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe (wiersze 8-9)

| Nazwa załącznika | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) albo orzeczenia o niepełnosprawności podopiecznego (osoby do 16 roku życia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Zaświadczenie wydane przez lekarza potwierdzające stabilność procesu chorobowego Wnioskodawcy i możliwość uzyskania przez Wnioskodawcę zdolności do pracy po zaopatrzeniu w protezę, wypełnione czytelnie w języku polskim wystawione nie wcześniej niż 60 dni przed dniem złożenia wniosku (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 2c do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Faktura proforma wraz ze szczegółową specyfikacją i kosztorysem – 2 szt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł I/Obszar D

STRONA 5

| Imię i nazwisko dziecka Wnioskodawcy, które przebywa lub ma przebywać w placówce | Adres placówki, w której przebywa lub ma przebywać dziecko Wnioskodawcy | Proponowany okres dofinansowania | | Koszt pobytu dziecka Wnioskodawcy w placówce | |
|--|---|----------------------------------|---------|--|---|
| | | liczba miesięcy | (od-do) | miesięczny | razem w proponowanym okresie dofinansowania |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| RAZEM: | | | | | |

5. Wnioskowana kwota dofinansowania

| Koszty opieki: | Orientacyjny koszt (w zł) | Kwota wnioskowana (w zł) |
|----------------|---------------------------|--------------------------|
| Razem | | |

6. Informacje uzupełniające

| |
|---|
| <p>DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY, na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku <i>(dopuszcza się uzupełnienie tych danych po podjęciu decyzji o przyznaniu dofinansowania)</i></p> |
| <p>nazwa banku.....</p> |
| <p>numer rachunku bankowego.....</p> |

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego **nie** **tak**,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprwołomin.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie wkładu własnego, wynoszącego **co najmniej** 15% kosztów opieki dla osoby zależnej,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat **byłam(am)** stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie: **nie** **tak**,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy placówki, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT lub innych dowodów księgowych (potwierdzenie poniesienia kosztu w formie zaświadczenia wydanego przez przedszkole lub żłobek), gdy wystawienie faktury VAT nie jest możliwe.

[Handwritten signature]

Wnioskodawca nie mogący pisać, lecz mogący czytać, zamiast podpisu może uczynić na dokumencie tuszowy odcisk palca, a obok tego odcisku inna osoba wypisze jej imię i nazwisko umieszczając swój podpis; zamiast Wnioskodawcy może także podpisać się inna osoba, z tym że jej podpis musi być poświadczony przez notariusza lub wójta (burmistrza, prezydenta miasta), starostę lub marszałka województwa z zaznaczeniem, że podpis został złożony na życzenie nie mogącego pisać, lecz mogącego czytać.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|--|---|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych przez Realizatora programu i PFRON (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Kserokopia/e aktu urodzenia dziecka/dzieci, sztuk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Kserokopia dokumentu/ów stanowiących opiekę prawną nad podopiecznym/podopiecznymi – o ile dotyczy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | Kserokopia umowy zawartej przez wnioskodawcę ze żłobkiem lub przedszkolem lub opiekunem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia orzeczeń o niepełnosprawności osób zamieszkujących wspólnie z wnioskodawcą | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

4. Specyfikacja przedmiotu dofinansowania - Moduł II

STRONA 5

Wnioskodawca pobiera naukę równocześnie w ramach kilku, poniżej wymienionych, form kształcenia lub pobiera naukę na kilku kierunkach danej formy kształcenia: TAK NIE
Jeśli „TAK”, poniższą Tabelę należy skopiować i wypełnić dla każdej szkoły (kierunku nauki) oddzielnie.

Forma kształcenia, która ma zostać dofinansowana na podstawie niniejszego wniosku:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia | <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> nauka w kolegium pracowników służb społecznych |
| <input type="checkbox"/> nauka w kolegium nauczycielskim | <input type="checkbox"/> nauka w nauczycielskim kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> nauka w szkole policealnej |
| <input type="checkbox"/> nauka na uczelni zagranicznej | <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | <input type="checkbox"/> przeprowadzenie przewodu doktorskiego (dot. osób, nie będących uczestnikami studiów doktoranckich) |

Okres trwania nauki w szkole.....(ile semestrów) Data rozpoczęcia nauki/studiów

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym nie dotyczy

Wnioskodawca pobiera naukę za pośrednictwem Internetu: tak nie

Pełna nazwa szkoły:

| | | | | |
|-------------|----------------|---|------------------|---------------|
| Miejscowość | Ulica | Nr posesji | Kod pocztowy | |
| Powiat | Województwo | Nr telefonu | adres http://www | |
| Wydział | Kierunek nauki | Wnioskodawca pobiera naukę odpłatnie: | Rok nauki | Semestr nauki |
| | | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie | | |

Czy Wnioskodawca korzystał już z dofinansowania do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON, w tym STUDENT; STUDENT II, AKTYWNY SAMORZĄD - MODUŁ II?

tak nie

Razem liczba semestrów/półroczy, w ramach których Wnioskodawca uzyskał dofinansowanie ze środków PFRON do pomocy w uzyskaniu wykształcenia na poziomie wyższym w ramach programów PFRON (STUDENT; STUDENT II; AKTYWNY SAMORZĄD – MODUŁ II):

Oświadczam, iż uzyskała/em / nie uzyskałam/em dofinansowanie do limitu 20 semestrów/półroczy różnych form kształcenia na poziomie wyższym, w ramach programów PFRON.(proszę podkreślić właściwe)

5. Wnioskowana kwota dofinansowania (na półrocze)

| Koszty nauki w rozbiciu na poszczególne szkoły lub na poszczególne kierunki | Koszt (w zł) | Dofinansowanie (stypendium) z innych niż PFRON źródeł* | Kwota wnioskowana (w zł) |
|--|--------------|--|--------------------------|
| Oплата за науку (czesne): ** | | | |
| Oплата за науку (czesne): ** | | | |
| Oплата за науку (czesne): ** | | | |
| Oплата за przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich | | | |
| DODATEK NA POKRYCIE KOSZTÓW KSZTAŁCENIA | | | |
| Razem | | | |

* tj. ze środków pochodzących z budżetu państwa, z budżetów jednostek samorządu terytorialnego, ze środków własnych szkół i uczelni oraz z funduszy strukturalnych lub pracodawcy, należy podać kwotę i źródło dofinansowania

** należy wpisać kierunek studiów/nauki

14

6. Informacje uzupełniające dot. dodatku na pokrycie kosztów kształcenia /do 1.000zł/

| | |
|--|---|
| Czy Wnioskodawca posiada aktualną (ważną) Kartę Dużej Rodziny? <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i> | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: Jeżeli zaznaczono TAK należy dołączyć kopię dokumentu do wniosku. |
| Czy Wnioskodawca posiada orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności z trzema symbolami przyczyn niepełnosprawności? <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i> | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: |
| Czy Wnioskodawca jest osobą poszkodowaną w 2017 lub w 2018 roku w wyniku żywiołu lub innych zdarzeń losowych? <i>Możliwe: zwiększenie dodatku, nie więcej niż o 300zł</i> | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: |
| WAŻNE: Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia nie przysługuje gdy, Wnioskodawca w ramach danej formy kształcenia na poziomie wyższym, zmieniając kierunek lub szkołę/uczelnię, w trakcie pobierania nauki, ponownie pobiera naukę na poziomie (semestr/półrocze) objętym uprzednio dofinansowaniem ze środków PFRON w ramach programu. | <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak: |
| DANE RACHUNKU BANKOWEGO WNIOSKODAWCY* (lub uczelni, gdy dotyczy opłat za przeprowadzenie przewodu doktorskiego przez osobę, która nie jest uczestnikiem studiów doktoranckich) na który zostaną przekazane środki w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku | |
| | |
| numer rachunku bankowego | |
| nazwa banku | |
| * lub należy wskazać czy rachunek jest rachunkiem wspólnym lub czy wnioskodawca posiada stosowne pełnomocnictwa do korzystania z rachunku innej osoby | |

Oświadczam, że:

- o wnioskowane w ramach niniejszego wniosku dofinansowanie ze środków PFRON, ubiegam się wyłącznie za pośrednictwem samorządu powiatu wołomińskiego nie tak,
- informacje podane we wniosku i załącznikach są zgodne z prawdą oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą, eliminuje wniosek z dalszego rozpatrywania,
- zapoznałam(em) się z zasadami udzielania pomocy w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, które przyjmuję do wiadomości i stosowania oraz przyjąłam(em) do wiadomości, że tekst programu jest dostępny pod adresem: www.pfron.org.pl, a także: www.pcprowolomin.pl
- posiadam środki finansowe na pokrycie udziału własnego w zakresie kosztów czesnego (w zależności od wysokości przyznanej pomocy finansowej – co najmniej 15% wartości czesnego)
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż złożenie niniejszego wniosku o dofinansowanie nie gwarantuje uzyskania pomocy w ramach realizacji programu oraz, że warunkiem zawarcia umowy dofinansowania jest spełnianie warunków uczestnictwa określonych w programie także w dniu podpisania umowy,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, że ewentualne wyjaśnienia, uzupełnienia zapisów lub brakujących załączników do wniosku należy dostarczyć niezwłocznie, w terminie wyznaczonym przez Realizatora programu oraz, że prawidłowo zaadresowana korespondencja, która pomimo dwukrotnego awizowania nie zostanie odebrana, uznawana będzie za doręczoną,
- w ciągu ostatnich 3 lat byłam(am) stroną umowy dofinansowania ze środków PFRON i rozwiązanej z przyczyn leżących po mojej stronie nie tak,
- przyjmuję do wiadomości i stosowania, iż w przypadku przyznanego dofinansowania, przelewanie środków finansowych może nastąpić na rachunek bankowy Wnioskodawcy lub też na rachunek bankowy uczelni/szkoły, na podstawie przedstawionej przez Wnioskodawcę faktury VAT.

..... dnia /..... /20..... r.

.....
podpis Wnioskodawcy

7. Załączniki: wymagane do wniosku oraz dodatkowe

| Nazwa załącznika | | WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE REALIZATOR PROGRAMU (należy zaznaczyć właściwe) | | |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|
| | | Dołączono do wniosku | Uzupełniono | Data uzupełnienia /uwagi |
| 1. | Kserokopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (lub orzeczenia równoważnego) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu Wnioskodawcy (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 1 do wniosku) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (sporządzone wg wzoru określonego w załączniku nr 3 do formularza wniosku) - wypełnione przez Wnioskodawcę oraz inne osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający rozpoczęcie lub kontynuowanie nauki (sporządzony wg wzoru określonego w załączniku nr 4 do wniosku) a w przypadku osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich – dokument potwierdzający wszczęcie przewodu doktorskiego. <u>Uwaga!</u> Wnioskodawca ubiegający się o dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki na kilku formach kształcenia lub na kilku kierunkach danej formy kształcenia przedstawia odrębny dokument dla każdej szkoły lub kierunku nauki. Wzór określony w załączniku nr 4 do wniosku nie dotyczy osób mających wszczęty przewód doktorski, które nie są uczestnikami studiów doktoranckich oraz studentów uczelni zagranicznych – osoby te przedstawiają wymagany dokument wg wzoru obowiązującego w danej szkole. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | W przypadku studentów odbywających staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej – wystawiony przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły dokument potwierdzający zakwalifikowanie na staż a w przypadku studentów, którzy w dniu złożenia wniosku odbywają staż, także dokument potwierdzający odbywanie tego stażu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | W przypadku Wnioskodawców, którzy są zatrudnieni – wystawiony przez pracodawcę dokument, zawierający informację, czy Wnioskodawca otrzymuje od tego pracodawcy dofinansowanie na pokrycie kosztów nauki (jeżeli tak to w jakiej wysokości) oraz informację o rodzaju umowy o pracę oraz na jaki okres została zawarta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. | Kserokopia Karty Dużej Rodziny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. | Faktura VAT potwierdzająca poniesienie opłat za naukę (czesne)/ zaświadczenie z uczelni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. | Inne załączniki (należy wymienić): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 1 C3_S1

Pieczęć Realizatora programu:

Data skierowania:

Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora
.....

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 3** pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

C3 - SKIEROWANIE NA BADANIE WSTĘPNE NR.....

Do skierowania na badanie wstępne Realizator programu dołącza kopie dwóch ofert niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteżowni), które zostały przygotowane zgodnie z obowiązującym wzorem i dołączone przez Wnioskodawcę do wniosku

UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:

Na badanie wstępne Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą (tymczasową lub ostateczną).

Powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania,
- dokumenty potwierdzające wykształcenie i przebieg pracy zawodowej.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL:

NR TELEFONU

E- MAIL (O ILE DOTYCZY)

Wywiad zawodowy przeprowadzony przez Realizatora programu - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy (oczekiwania Wnioskodawcy):

.....
.....
.....

Ocena ww. planu przez Realizatora programu:

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a:, kontakt telefoniczny:.....

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 3 – C3_S2

Pieczęć Realizatora programu:

Data skierowania:

Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” - Obszar C Zadanie nr 3 pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

C3 - SKIEROWANIE NA DRUGĄ WIZYTĘ NR

Do skierowania na badanie Realizator programu dołącza kopię dokumentu pn. „Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”, który został przygotowany zgodnie z obowiązującym wzorem i przedstawiony przez Wnioskodawcę do rozliczenia udzielonego dofinansowania ze środków PFRON

UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:

Badanie jest dla Wnioskodawcy obowiązkowe. Na badanie Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości). Wnioskodawca powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia,
- dokumenty związane z ewentualną aktywnością zawodową od czasu pierwszej wizyty.

Podczas wizyty ekspert PFRON ocenia:

- funkcjonalność wykonanych protez/y w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/ podjęciem/ kontynuowaniem pracy,
- zgodność poziomu jakości wykonanych protez/y (użyte rozwiązania, materiały, komponenty).

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL:

NR TELEFONU

E- MAIL (O ILE DOTYCZY)

Zgłoszone przez Wnioskodawcę zmiany dot. wywiadu zawodowego przeprowadzonego przez Realizatora programu przed badaniem wstępnym - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć (oczekiwania Wnioskodawcy)/podjął niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy:

Ocena ww. planu przez Realizatora programu:

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a:, kontakt telefoniczny:.....

ZASTĘPCA DYREKTORA Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie w Wołominie

Maciej Burakowski

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorysu do protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” – C3 O

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem:
www.pfron.org.pl oraz www.pcprwołomin.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Ewentualne nieprawidłowości kikuta:

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

| L. p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Suma (w zł) | | | | | | |

Specyfikacja proponowanych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy

| L. p | Nazwa elementu | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|----------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Suma (w zł) | | | | |

| |
|--|
| |
|--|

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)



ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wołominie
Agata Żędzian

DYREKTOR
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wołominie
Maciej Gytrakowski

Specyfikacja i kosztorys protezy dla beneficjenta wykonanej w ramach programu „Aktywny samorząd”- C3 K

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem www.pfron.org.pl oraz www.pcprwolomin.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....

Poziom amputacji:

Specyfikacja zastosowanych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

| L. p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | Suma (w zł) | |

Specyfikacja elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta

| L. p | Nazwa elementu | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|------|----------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | Suma (w zł) | |

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 2 - C4_S1

Pieczęć Realizatora programu:

Data skierowania:

Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora

Wnioskodawca ubiega się o pomoc w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 4** pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

C4 – SKIEROWANIE NA BADANIE WSTĘPNE NR.....

Do skierowania na badanie wstępne Realizator programu dołącza kopie dwóch ofert niezależnych od siebie zakładów ortopedycznych (proteźni), które zostały przygotowane zgodnie z obowiązującym wzorem i dołączone przez Wnioskodawcę do wniosku

UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:

Na badanie wstępne Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą.

Powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia i ewentualnym przebiegiem protezowania,
- dokumenty potwierdzające wykształcenie i przebieg pracy zawodowej.

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL:

NR TELEFONU

E- MAIL (O ILE DOTYCZY)

Wywiad zawodowy przeprowadzony przez Realizatora programu - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy (oczekiwania Wnioskodawcy):

.....
.....
.....

Ocena ww. planu przez Realizatora programu:

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a:, kontakt telefoniczny:.....

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żedzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

Wypełnia Realizator programu

Wzór nr 4 – C4_S2

Pieczęć Realizatora programu:

Data skierowania:

Nazwa, dane adresowe, nr telefonu i e-mail Realizatora

Wnioskodawca uzyskał pomoc ze środków PFRON w ramach programu „Aktywny samorząd” - **Obszar C Zadanie nr 4** tj. pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości)

C4 - SKIEROWANIE NA DRUGĄ WIZYTĘ NR

Do skierowania na badanie Realizator programu dołącza kopię dokumentu pn. „Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla Wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd”, który został przygotowany zgodnie z obowiązującym wzorem i przedstawiony przez Wnioskodawcę do rozliczenia udzielonego dofinansowania ze środków PFRON

UWAGI DLA WNIOSKODAWCY DOT. PRZYGOTOWANIA SIĘ DO WIZYTY:

Badanie jest dla Wnioskodawcy obowiązkowe. Na badanie Wnioskodawca zgłasza się z posiadaną protezą, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości). Wnioskodawca powinien także dostarczyć:

- posiadaną dokumentację medyczną, związaną ze stanem zdrowia,
- dokumenty związane z ewentualną aktywnością zawodową od czasu pierwszej wizyty.

Podczas wizyty ekspert PFRON ocenia:

- funkcjonalność wykonanych protez/ly w zakresie potrzeb Wnioskodawcy związanych z poszukiwaniem/ podjęciem/ kontynuowaniem pracy,
- zgodność poziomu jakości wykonanych protez/ly (użyte rozwiązania, materiały, komponenty).

DANE PERSONALNE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko

Dowód osobisty – seria_numer

PESEL:

NR TELEFONU

E-MAIL (O ILE DOTYCZY)

Zgłoszone przez Wnioskodawcę zmiany dot. wywiadu zawodowego przeprowadzonego przez Realizatora programu przed badaniem wstępnym - Wnioskodawca po uzyskaniu wsparcia w ramach programu planuje podjąć (oczekiwania Wnioskodawcy)/podjął niżej wymienioną aktywność zawodową/ kierunek zawodowy:

Ocena ww. planu przez Realizatora programu:

Uwagi Realizatora programu:

Sporządził/a:, kontakt telefoniczny:.....

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

Propozycja (oferta) specyfikacji i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” – C4 O

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
www.pfron.org.pl oraz www.pcprowolomin.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:.....
Poziom amputacji:
Opis problemu:
Co trzeba zrobić:

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych fabrycznie

| L. p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Suma (w zł) | | | | | | |

Specyfikacja proponowanych do wymiany elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla Wnioskodawcy/prac naprawczych

| L. p | Nazwa elementu / czynność naprawcza | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Suma (w zł) | | | | |

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla wnioskodawcy w ramach programu „Aktywny samorząd” - C4 K

Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem
www.pfron.org.pl oraz www.pcprwołomin.pl

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:

Poziom amputacji:

Opis problemu

Co zostało zrobione:

Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

| L. p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| Suma (w zł) | | | | | | |

Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych

| L. p | Nazwa elementu/ czynność naprawcza | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Suma (w zł) | | | | |

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)

ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wołominie

 Agata Zędzian

DYREKTOR
 Powiatowego Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Wołominie

 Maciej Burakowski

WNIOSEK „O” CZĘŚĆ B O DOFINANSOWANIE nr:..... – WYPEŁNIA REALIZATOR

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
|---|--|---|---|
| | | | |

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe): | UWAGI |
|-----|--|---|-------|
| 1 | Wnioskodawca i podopieczny spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego ((dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 7 | Wniosek zawiera wszystkie wymagane podpisy (osób do tego uprawnionych) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |

Data weryfikacji formalnej wniosku: / / 20... r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt: - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia - tak - nie

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej / / 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej / / 20..... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie

[Handwritten signatures]

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: - dotyczy Modułu I

KRYTERIA OCENY MERYTORYCZNEJ - punktacja stała

| | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku | Punktacja nr 2 wniosku | |
|--|--|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|--|
| 1 | Zakres niepełnosprawności podopiecznego Wnioskodawcy: | | | | | |
| | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | 10 | 20 | | | |
| a) | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | 5 | | | | |
| b) | podopieczny jest osobą po 16 roku życia, posiadającą znaczny stopień niepełnosprawności | 5 | | | | |
| c) | niepełnosprawność podopiecznego jest sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w pkt 1 a-b | 5 | | | | |
| 2 | Aktualnie realizowany etap kształcenia: | | | | | |
| a) | podopieczny przebywa w żłobku/przedszkolu | 50 | 65 | | | |
| b) | podopieczny pobiera naukę w szkole podstawowej | 55 | | | | |
| c) | podopieczny pobiera naukę w gimnazjum | 60 | | | | |
| d) | podopieczny pobiera naukę w szkole ponadgimnazjalnej | 65 | | | | |
| 3 | Inne kryteria: | | | | | |
| a) | Wnioskodawca, w tym jego podopieczny, nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | 5 | 70 | | | |
| b) | Wnioskodawca samotnie wychowuje dziecko/podopiecznego i ma dziecko/podopiecznego na swoim utrzymaniu | 5 | | | | |
| c) | dodatkowe osoby niepełnosprawne w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy (jeden przypadek do wyboru) | - w przypadku jednej osoby | | 5 | | |
| | | - w przypadku więcej niż jedna osoba | | 10 | | |
| d) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy i podopiecznego (pkt 3.6 wniosku) | 5 | | | | |
| e) | Uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość lub poziom wykształcenia; lub podopieczny jest osobą aktywną zawodowo | 20 | | | | |
| f) | w 2017 lub w 2018 roku osoba została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | 20 | | | | |
| g) | wniosek był kompletny w dniu przyjęcia | 5 | | | | |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1 – 3) | | maksymalnie 155 | | | | |

Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania, wynosi:

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../ 20.....r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

| | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania (w złotych) | Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń |
|---|-----------------------|--|---|
| Pieczętka imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | | | pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20..... r.

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRON

pozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obszar A – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar B – Zadanie nr 2 |
| zł | zł | zł |
| <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 1 | <input type="checkbox"/> Obszar C – Zadanie nr 2 | |
| zł | zł | |

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakoński

WNIOSEK „P” CZĘŚĆ B O DOFINANSOWANIE nr:..... - WYPEŁNIA REALIZATOR

Deklaracja bezstronności

Oświadczam, że:

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuję się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z oceny wniosku/przygotowania umowy/obecności przy podpisywaniu umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

| | | | |
|---|--|---|---|
| Data, pieczętka i podpis pracownika przeprowadzającego weryfikację formalną wniosku | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów oceniających wniosek merytorycznie | Data i czytelne podpisy eksperta/ów (o ile dotyczy) | Data, pieczętka i podpisy pracownika/ów przygotowujących umowę, jak też pracowników obecnych przy podpisywaniu umowy (sprawdzających wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania) |
| | | | |

WERYFIKACJA FORMALNA WNIOSKU

| Lp. | Warunki weryfikacji formalnej: | Warunki weryfikacji formalnej spełnione (zaznaczyć właściwe): | UWAGI |
|-----|--|---|-------|
| 1 | Wnioskodawca spełnia wszystkie kryteria uprawniające do złożenia wniosku i uzyskania dofinansowania | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 2 | Wnioskodawca dotrzymał terminu na złożenie wniosku | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 3 | Proponowany przez Wnioskodawcę przedmiot dofinansowania jest zgodny z zasadami wskazanymi w programie | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 4 | Wnioskodawca posiada środki na wniesienie udziału własnego (dotyczy zadań, które przewidują wniesienie udziału własnego) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 5 | Wniosek jest złożony na odpowiednim formularzu, załączniki zostały sporządzone wg właściwych wzorów (o ile dotyczy) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 6 | Wniosek jest kompletny, zawiera wszystkie wymagane załączniki, jest wypełniony poprawnie we wszystkich wymaganych rubrykach (wniosek i załączniki) | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |
| 7 | Wniosek i załączniki zawierają wymagane podpisy | <input type="checkbox"/> - tak <input type="checkbox"/> - nie | |

Data weryfikacji formalnej wniosku: / / 20.... r.

Weryfikacja formalna wniosku: pozytywna negatywna

Wniosek uzupełniony we wskazanym terminie w zakresie pkt:
 - tak - nie

Wniosek kompletny w dniu przyjęcia - tak - nie

pieczętka imienna pracownika Realizatora programu dokonującego weryfikacji formalnej wniosku

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

data, podpis:

Data przekazania wniosku do oceny merytorycznej / / 20..... r.

Data przekazania wniosku do ponownej weryfikacji formalnej / / 20..... r. (o ile dotyczy)

Numer / imię i nazwisko lekarza wystawiającego zaświadczenie lekarskie

KARTA OCENY MERYTORYCZNEJ WNIOSKU nr: – dotyczy Modułu I

| KRYTERIA OCENY WNIOSKU - punktacja stała | | Liczba punktów | Maksymalna liczba punktów | Punktacja nr 1 wniosku | Punktacja nr 2 wniosku |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| 1 | Stopień niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne, zakres niepełnosprawności: | | | | |
| a) | stopień niepełnosprawności | znaczący (I grupa inwalidzka) | 10 | 30 | |
| | (jeden stopień do wyboru) | umiarkowany (II grupa inwalidzka) | 5 | | |
| b) | osoby z dysfunkcją 4 kończyn lub z brakiem obu kończyn górnych lub niewidome | | 10 | | |
| | osoby z dysfunkcją obu nóg i jednej ręki lub dysfunkcją obu rąk i jednej nogi lub ze znacznym niedowładem obu kończyn górnych, osoby niedowidzące | | 5 | | |
| c) | osoby poruszające się na wózku inwalidzkim, osoby głuchoniewidome | | 5 | | |
| d) | występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) - inna niż wymieniona w lit a-c | | 5 | | |
| 2 | Aktywność zawodowa: | | | | |
| a) | osoba zatrudniona (bez względu na okres i formę zatrudnienia) | | 75 | 75 | |
| b) | osoba zarejestrowana w urzędzie pracy jako bezrobotna lub poszukująca pracy i nie pozostająca w zatrudnieniu | | 30 | | |
| 3 | Aktualnie realizowany etap kształcenia: | | | | |
| a) | osoby kontynuujące studia (podyplomowe, doktoranckie, przewód doktorski) | | 15 | 15 | |
| b) | osoby kontynuujące studia (studia I lub II stopnia, magisterskie) | | 15 | | |
| c) | osoby rozpoczynające naukę na studiach (bez względu na poziom i formę) | | 10 | | |
| d) | osoby rozpoczynające i kontynuujące naukę w szkole ponadgimnazjalnej | | 10 | | |
| 4 | Inne kryteria: | | | | |
| a) | Wnioskodawca nie otrzymał dotąd dofinansowania ze środków PFRON na zakup przedmiotu dofinansowania objętego wnioskiem | | 5 | 65 | |
| b) | dodatkowe osoby niepełnosprawne (jeden przypadek do wyboru) | - w przypadku jednej osoby | 5 | | |
| | | - w przypadku więcej niż jedna osoba | 10 | | |
| c) | szczególne utrudnienia Wnioskodawcy (pkt 3.6 wniosku) | | 5 | | |
| d) | uzasadnienie wyboru danego przedmiotu dofinansowania w odniesieniu do posiadanych zasobów; uzasadnienie wniosku wskazujące, że wnioskowany przedmiot dofinansowania podniesie jakość wykonywanej pracy lub poziom wykształcenia | | 20 | | |
| e) | w 2017 lub w 2018 roku osoba została poszkodowana w wyniku działania żywiołu lub innych zdarzeń losowych | | 20 | | |
| f) | wniosek był kompletny w dniu przyjęcia | | 5 | | |
| RAZEM OCENA WNIOSKU (PKT 1-4) | | | maksymalnie 185 | | |
| Minimalna liczba punktów, uprawniająca do uzyskania dofinansowania wynosi: | | | | | |

Data przekazania wniosku do opinii eksperta/...../ 20..... r. (o ile dotyczy)

OCENA MERYTORYCZNA WNIOSKU

| | Liczba punktów ogółem | Proponowana kwota dofinansowania (w złotych) | Opinia eksperta (o ile dotyczy) wraz z merytorycznym, krótkim uzasadnieniem w zakresie najistotniejszych zastrzeżeń |
|---|-----------------------|--|---|
| Pleczątką imienna, data, podpis pracownika dokonującego oceny merytorycznej wniosku | | | pozytywna: <input type="checkbox"/> negatywna: <input type="checkbox"/> |

Data przekazania wniosku do decyzji w sprawie dofinansowania ze środków PFRON:/...../20..... r

DECYZJA W SPRAWIE DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW PFRONpozytywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....negatywna: w ramach Modułu/Obszaru/Zadania:.....**Deklaracja bezstronności****Oświadczam, że:**

- 1) nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia, oraz nie jestem związany (-a) z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z Wnioskodawcą,
- 2) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) właścicielem, współwłaścicielem, przedstawicielem prawnym (pełnomocnikiem) lub handlowym, członkiem organów nadzorczych bądź zarządzających lub pracownikiem firm oferujących sprzedaż towarów/usług będących przedmiotem wniosku,
- 3) nie jestem i w ciągu ostatnich 3 lat nie byłem (-am) zatrudniony (-a), w tym na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło, u Wnioskodawcy,
- 4) nie pozostaję z Wnioskodawcą w takim stosunku prawnym lub faktycznym, który mógłby budzić wątpliwości co do mojej bezstronności.

Zobowiązuje się do:

- ochrony danych osobowych Wnioskodawcy,
- spełniania swojej funkcji zgodnie z prawem i obowiązującymi procedurami, sumiennie, sprawnie, dokładnie i bezstronnie,
- niezwłocznego poinformowania o wszelkich zdarzeniach, które mogłyby zostać uznane za próbę ograniczenia mojej bezstronności,
- zrezygnowania z zawierania umowy z Wnioskodawcą w sytuacji, gdy zaistnieje zdarzenie wskazane w pkt 1-4.

PRYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI (w zł):

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 1 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar A – Zadanie nr 2 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 1 zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar B – Zadanie nr 2 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 1 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 2 zł |
| <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 3 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar C – Zadanie nr 4 zł | <input type="checkbox"/> Moduł I Obszar D zł |

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR A – Zadanie nr 2

| | |
|---------------------------------------|---|
| Koszty kursu i egzaminów: zł | Pozostałe koszty uzyskania prawa jazdy: zł |
|---------------------------------------|---|

W przypadku wniosku w ramach Modułu I OBSZAR C – Zadanie nr 3 lub 4

| | |
|--|---|
| Koszty dojazdu adresata programu na spotkanie z ekspertem PFRON: zł | Koszty zakupu lub utrzymania sprawności technicznej protezy na III lub IV poziomie jakości: zł |
|--|---|

W przypadku wniosku w ramach Modułu II

| | |
|--|--|
| Koszty opłaty za naukę (czesne) lub dodatek na uiszczenie opłaty za przeprowadzenie przewodu doktorskiego - w przypadku osób, które mają wszczęty przewód doktorski, a nie są uczestnikami studiów doktoranckich: zł. | Dodatek na pokrycie kosztów kształcenia: zł |
|--|--|

UZASADNIENIE, W PRZYPADKU DECYZJI ODMOWNEJ:

.....20..... r.

data

.....

podpis osoby podejmującej decyzję

Do wniosku załączono wszystkie wymagane dokumenty niezbędne do zawarcia umowy i wypłaty dofinansowania

pieczętki imienne pracowników Realizatora programu przygotowujących/podpisujących umowę

data, podpis:

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Zedrian

pieczętka imienna kierownika właściwej jednostki organizacyjnej Realizatora programu

data, podpis:

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Surakowski

REGULAMIN ZWROTU KOSZTÓW

związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania dotyczące realizacji obszaru A zadanie 2 oraz na badanie w celu wydania opinii eksperta dotyczącej realizacji obszaru C zadanie 3 i 4 w ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

§ 1 Informacje ogólne

1. W ramach pilotażowego programu „Aktywny Samorząd” istnieje możliwość zwrotu kosztów:
 - 1) związanych z zakwaterowaniem, wyżywieniem i dojazdem w okresie trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania Wnioskodawcy w Obszarze A Zadanie 2 – pomoc w uzyskaniu prawa jazdy;
 - 2) dojazdu Wnioskodawcy na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON w ramach:
 - a) Obszaru C Zadanie 3 – pomoc w zakupie protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości),
 - b) Obszaru C Zadanie 4 – pomoc w utrzymaniu sprawności technicznej posiadanej protezy kończyny, w której zastosowano nowoczesne rozwiązania techniczne (III lub IV poziom jakości).
2. Zwrot kosztów następuje na podstawie:
 - 1) faktury VAT, rachunków lub innych dokumentów księgowych, gdy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa nie jest możliwe wystawienie faktury VAT – w przypadku kosztów związanych z zakwaterowaniem i wyżywieniem podczas trwania kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania;
 - 2) wykorzystanych biletów jednorazowych lub oświadczenia Wnioskodawcy o wykorzystaniu na ten cel samochodu prywatnego – w przypadku kosztów związanych z dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy lub na badanie do eksperta PFRON.
3. Maksymalna łączna kwota zwrotu kosztów nie może przekroczyć:
 - 1) 600 zł w Obszarze A Zadanie 2;
 - 2) 200 zł w Obszarze C Zadanie 3 i 4.
4. Koszty dojazdu na kurs prawa jazdy oraz na badanie do eksperta PFRON komunikacją zbiorową są zwracane tylko do równowartości kwot biletów II klasy środkami transportu zbiorowego (PKP, PKS, przewoźnik prywatny i inne) na danej trasie.
5. Koszty dojazdu samochodem prywatnym będą rozliczane na podstawie liczby kilometrów na danej trasie pomnożonej przez wysokość stawki za kilometr, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r., Nr 27, poz. 271 z późn. zm.).

6. Warunkiem zwrotu kosztów dojazdu na badanie do eksperta PFRON w Obszarze C Zadanie 3 i 4 jest otrzymanie przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie opinii wydanej przez eksperta, jako potwierdzenie przeprowadzenia badania.
7. **Nie będą refundowane:**
 - 1) koszty rezerwacji miejsca i przejazdu pociągiem Express Intercity, Euro City i przejazdów klasą 1 – w takich przypadkach refundacja będzie pomniejszona do wysokości kosztów przejazdu pociągiem pospiesznym/TLK kl. 2 na tej samej trasie, określonych na podstawie wydruku z systemu informacji elektronicznej PKP (www.rozklad-pkp.pl);
 - 2) koszty przejazdu taksówką.

§ 2 Procedura wypłaty środków

1. W celu uzyskania zwrotu kosztów związanych z zakwaterowaniem / wyżywieniem / dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy poza miejscem zamieszkania lub dojazdem na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON Wnioskodawca składa Wniosek o zwrot kosztów wraz z kompletem wymaganych dokumentów, osobiście lub pocztą, na adres Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Legionów 78, 05-200 Wołomin.
2. Wniosek o zwrot kosztów należy złożyć w terminie 7 dni od daty zakończenia kursu prawa jazdy lub od daty wizyty u eksperta PFRON. 3. Zwrot kosztów nastąpi na wskazany przez Wnioskodawcę numer rachunku bankowego. W przypadku, gdy Wnioskodawca nie posiada konta bankowego, środki będą przesłane przekazem pocztowym na adres zamieszkania, przy czym zostaną one pomniejszone o wysokość opłaty za przekaz pocztowy.
4. W przypadku nie możliwości skorzystania z komunikacji zbiorowej, Wnioskodawca składa oświadczenie dotyczące zwrotu kosztów za dojazd samochodem prywatnym.
5. Po sprawdzeniu kompletności i poprawności dokumentacji, pracownik PCPR zatwierdza wypłatę środków.
6. Złożenie niekompletnego wniosku o zwrot kosztów lub przekroczenie siedmiodniowego terminu, o którym mowa w ust. 2, spowoduje odmowę zwrotu kosztów.
7. PCPR, jako realizator pilotażowego programu „Aktywny Samorząd”, zastrzega sobie możliwość rozpatrzenia negatywnie wniosku o zwrot kosztów, o ile nie posiada środków finansowych PFRON.
8. PCPR ma prawo sprawdzić wiarygodność danych podanych przez Wnioskodawcę, zwracając się o dodatkowe dokumenty i wyjaśnienia lub sprawdzając dane w odpowiednich instytucjach.

§ 3. Postanowienia końcowe

1. Wnioskodawca, ubiegający się o zwrot kosztów, jest zobowiązany do respektowania zasad niniejszego regulaminu, przedstawiania wymaganych dokumentów oraz udzielania wyczerpujących informacji.

Wykaz wymaganych dokumentów do rozliczenia zwrotu kosztów:

| | |
|--|--|
| Zwrot kosztów zakwaterowania | Wniosek o zwrot kosztów |
| | Faktury VAT, rachunki lub inne dokumenty księgowych |
| Zwrot kosztów wyżywienia | Wniosek o zwrot kosztów |
| | Faktury VAT, rachunki lub inne dokumenty księgowych |
| Zwrot kosztów dojazdu - Wnioskodawca dojeżdża komunikacją zbiorową (autobusem/tramwajem/busem/koleją) | Wniosek o zwrot kosztów |
| | Bilety |
| Zwrot kosztów dojazdu - Wnioskodawca dojeżdża samochodem prywatnym | Wniosek o zwrot kosztów |
| | Oświadczenie o zwrocie kosztów za dojazd samochodem prywatnym |

WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW

Ja niżej podpisany/a przedkładam dokumenty uprawniające do zwrotu kosztów związanych z zakwaterowaniem / wyżywieniem* / dojazdem na zajęcia kursu prawa jazdy* / dojazdem na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON* w terminie

organizowanych w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 2* / Obszar C Zadanie 3* / Obszar C Zadanie 4* pilotażowego projektu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

A. Zwrot kosztów zakwaterowania* / wyżywienia* / dojazdu*.

B. Zwrot kosztów przejazdu na trasie: liczba km

C. Środek transportu:

samochód prywatny* / PKS* / PKP* / komunikacja miejska*

D. Zwrot kosztów:

na konto bankowe* / przekazem pocztowym*

E. Dane do przelewu:

| | |
|----------------------------------|--|
| Imię i nazwisko posiadacza konta | |
| Adres | |

Nr rachunku bankowego

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Powyższe oświadczenie składam świadoma/y, iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.

.....
/miejsowość, data/

.....
/podpis Wnioskodawcy/

Należna kwota zwrotu poniesionych kosztów wynosi zł.

.....
/pieczętka i podpis pracownika PCPR/

* niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE o zwrocie kosztów za dojazd samochodem prywatnym

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że przyjeżdżałem/am na zajęcia kursu prawa jazdy* / na badanie w celu wydania opinii eksperta PFRON* w terminie, organizowane w ramach Modułu I Obszar A Zadanie 2* / Obszar C Zadanie 3*/ Obszar C Zadanie 4* pilotażowego projektu „Aktywny Samorząd” realizowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, prywatnym samochodem marki o numerze rejestracyjnym o pojemności silnika do 900 cm³ / powyżej 900 cm³.

Zwrot kosztów dotyczy przejazdu na trasie:

..... liczba km

Proszę o zwrot poniesionych kosztów dojazdu w wysokości równoważności kwoty stanowiącej iloczyn liczby kilometrów i stawki za kilometr, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. z 2002 r., Nr 27, poz. 271 z późn. zm.), co stanowi kwotę zł (słownie: złotych)

Powyższe oświadczenie składam świadomy/a, iż na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu karnego za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy grozi kara pozbawienia wolności.

.....
/miejscowość, data/

.....
/podpis Wnioskodawcy/

* niepotrzebne skreślić

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wolominie
Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wolominie
Maciej Burakowski

Minimalna liczba punktów uprawniająca do uzyskania dofinansowania

Wniosek "P"

| | | |
|-------------------------------|---|--------|
| Moduł I Obszar A Zadanie 1, 2 | – | 70 pkt |
| Moduł I Obszar B Zadanie 1, 2 | – | 75 pkt |
| Moduł I Obszar C Zadanie 2 | – | 45 pkt |
| Moduł I Obszar C Zadanie 3, 4 | – | 65 pkt |
| Moduł I Obszar D | – | 65 pkt |

Wniosek "O"

| | | |
|-------------------------------|---|--------|
| Moduł I Obszar A Zadanie 1 | – | 90 pkt |
| Moduł I Obszar B Zadanie 1, 2 | – | 90 pkt |
| Moduł I Obszar C Zadanie 2 | – | 90 pkt |

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żedzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Przeciętny miesięczny dochód wnioskodawcy - należy przez to rozumieć dochód w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym wnioskodawcy, o jakim mowa w ustawie z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (t. j. Dz. U. z 2017r., poz.1952 z późn. zm.), **obliczony za kwartał poprzedzający kwartał, w którym złożono wniosek; dochody z różnych źródeł sumują się.**

Wnioskodawca, który prowadzi **samodzielne gospodarstwo domowe** (jednoosobowe) i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka i utrzymuje się samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.

Przez pojęcie **wspólne gospodarstwo domowe** – należy rozumieć członków rodziny Wnioskodawcy, faktycznie wspólnie utrzymujących się i mających wspólny budżet domowy.

Uwaga! W przypadku osób samodzielnie gospodarujących, w oświadczeniu należy uwzględnić dane dotyczące tylko Wnioskodawcy.

Ja niżej podpisany(a) zamieszkały(a)
(imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby (zgodnie z **przypisem nr 1**):

| | | Przeciętny miesięczny dochód netto |
|--|------------------------|------------------------------------|
| 1. | Wnioskodawca: | |
| Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego Wnioskodawcy – poniżej należy wymienić tylko stopień pokrewieństwa z Wnioskodawcą: | | X |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| RAZEM | | |

Oświadczam, także że:

- 1) przeciętny miesięczny dochód netto przypadający na jedną osobę w moim gospodarstwie domowym wynosizł. (słownie:)
(należy wyliczyć zgodnie z **przypisem nr 2**);
- 2) prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia.....r.
miejscowość

.....
podpis Wnioskodawcy

Uwaga:

W przypadku ujawnienia podania przez Wnioskodawcę informacji niezgodnych z prawdą, decyzja, na podstawie której przyznano środki finansowe PFRON może zostać anulowana a Wnioskodawca będzie wówczas zobowiązany do zwrotu przekazanych przez Realizatora programu środków finansowych wraz z odsetkami w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonymi od dnia przekazania dofinansowania przez Realizatora programu.

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żedzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Macieł Burakowski

Przypis nr 1

Przy ustalaniu dochodu w gospodarstwie domowym Wnioskodawcy, nie uwzględnia się **między innymi**:

- 1) świadczeń rodzinnych wypłacanych na podstawie przepisów o świadczeniach rodzinnych, dodatków rodzinnych i pielęgnacyjnych;
- 2) świadczeń pomocy materialnej dla uczniów, studentów, uczestników studiów doktoranckich i osób uczestniczących w innych formach kształcenia, pochodzących z budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego oraz ze środków własnych szkół i uczelni – przyznanych na podstawie przepisów o systemie oświaty, Prawo o szkolnictwie wyższym, a także przepisów o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki.

Szczegółowe zasady ustalania dochodu stanowiącego podstawę obliczenia podatku dochodowego od osób fizycznych określone zostały w art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 200 z późn. zm.). **Zgodnie z tym artykułem podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu między innymi składek na ubezpieczenie społeczne.**

Uwaga! Wnioskodawca na żądanie Realizatora programu zobowiązany jest dostarczyć dowody potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów w jego gospodarstwie domowym. W takim przypadku wraz z ww. dokumentami należy przedłożyć także zgodę członków gospodarstwa domowego na przetwarzanie ich danych osobowych (zgodnie z załącznikiem nr 3 do formularza wniosku).

Jeżeli wykazany przeciętny miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej, Realizator programu ma prawo żądać poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej.

Przypis nr 2 – sposób wyliczenia przeciętnego miesięcznego dochodu przypadającego na jedną osobę pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym z Wnioskodawcą:

$$\begin{array}{l} \text{Przeciętny miesięczny dochód netto} \\ \text{przypadający na jedną osobę} \\ \text{pozostającą we wspólnym} \\ \text{gospodarstwie domowym} \\ \text{z Wnioskodawcą} \end{array} = \frac{\text{łączny przeciętny miesięczny dochód netto wykazany w wierszu} \\ \text{„Razem” w tabeli na stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym wykazana w tabeli na} \\ \text{stronie 1 niniejszego Oświadczenia}}$$

9

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 (osoby z dysfunkcją narządu ruchu)

- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. **Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą):**

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr. i podpis lekarza *

* wypełnia lekarz specjalista związany w rodzajem dysfunkcji

ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
 w Wołominie

Agata Żedrian

DYREKTOR
 Powiatowego Centrum
 Pomocy Rodzinie
 w Wołominie

Maciej Burakowski

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
 lub praktyki lekarskiej

.....
 (data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
 - prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoby z dysfunkcją narządu ruchu)

1. Imię i nazwisko Pacjenta
2. PESEL
3. Zakres dysfunkcji narządu ruchu pacjenta (opis):
4. Używane przez Pacjenta zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny oraz ewentualne potrzeby w tym zakresie:
5. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętą**):

| | | |
|--------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja obu kończyn górnych i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny górnej i obu kończyn dolnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i obu kończyn górnych | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Jednoczesna dysfunkcja jednej kończyny dolnej i jednej kończyny górnej | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Brak obu kończyn górnych, na wysokości/od:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Znaczny niedowład obu kończyn górnych, objawiający się:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Inne schorzenia:..... | pieczętka, nr i podpis lekarza |

ZASTĘPCA DYREKTORA
 Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Woloszynie
Agata Żędzian

....., dnia,
 (mięscowosc) (data)

.....
 pieczętka, nr i podpis lekarza*
Maciej Burakowski
 DYREKTOR Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Woloszynie

* wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim
(osoby z dysfunkcją narządu wzroku)

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej stwierdza się, że:

a) dysfunkcja narządu wzroku Pacjenta dotyczy:

jednego oka

obydwu oczu

b) Pacjent ma zwężone pole widzenia: nie dotyczy

w oku lewym do:* stopni

w oku prawym do:* stopni

c) Pacjent ma obniżoną ostrość wzroku (w korekcji): nie dotyczy

w oku lewym wynosi:*

w oku prawym wynosi: *

d) Pacjent jest osobą głuchoniewidomą: tak nie

e) Pacjent jest osobą niewidomą: tak nie

f) Pacjent jest osobą niedowidzącą: tak nie

....., dnia

(miejscowość)

(data)

..... pieczętka, nr. i podpis lekarza okulisty

*Prosimy o wypełnienie pkt 3b według stopni oraz pkt 3c według skali Snellena

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

.....
Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

....., dnia

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- **prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim**

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Stwierdza się, że niepełnosprawność Pacjenta dotyczy (**proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką**):

| | | |
|--------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ręki | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie przedramienia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie ramienia z wyluszczeniem w stawie barkowym | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na poziomie podudzia | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja na wysokości uda (także przez staw kolanowy) | pieczętka, nr i podpis lekarza |
| <input type="checkbox"/> | Amputacja w zakresie uda z wyluszczeniem w stawie biodrowym | pieczętka, nr i podpis lekarza |

Przyczyna amputacji kończyny: uraz inna, jaka:

Aktualny stan procesu chorobowego: stabilny niestabilny

Ocena zdolności do pracy w wyniku zaopatrzenia w protezę, w której zastosowane zostaną nowoczesne rozwiązania techniczne:

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

....., dnia

(miejsowość)

(data)

pieczętka, nr. i podpis lekarza*

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie
Maciej Burakowski

*wypełnia lekarz specjalista związany z rodzajem dysfunkcji

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
przez Realizatora programu oraz PFRON**

Dane osobowe przekazane przez uczestników pilotażowego programu „Aktywny samorząd” do Realizatora programu tj. **Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie** z siedzibą w Wołominie przy ul: Legionów 78 (administratora danych) oraz do Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13 będą przetwarzane w celu realizacji programu, finansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Dane osobowe mogą być także przetwarzane, gdy jest to niezbędne dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych. Każdy uczestnik programu posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez Wnioskodawcę udziału w pilotażowym programie „Aktywny samorząd”.

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz dodatkowo i odrębnie - inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności prawnych, których dane osobowe zostały przekazane do Realizatora programu przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Biorąc pod uwagę powyższe informacje, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/podopiecznego (o ile dotyczy - niepotrzebne skreślić):

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

przez Realizatora programu tj. Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie z siedzibą w Wołominie przy ul. Legionów 78 (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu „Aktywny samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.)

Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....
Data i podpis osoby składającej oświadczenie

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum
Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

.....
pieczęć szkoły/uczelni

ZAŚWIADCZENIE

wydane przez właściwą jednostkę organizacyjną szkoły/uczelni* dla potrzeb PFRON
(pilotażowy program „Aktywny samorząd”)

Pan/Pani.....

nr PESEL

rozpoczął(ęła) naukę / kontynuuje naukę* w.....

.....
(pełna nazwa uczelni/szkoły, wydział, kierunek)

..... Rok nauki..... semestr nauki.....
ile semestrów trwa nauka.....

Czy Pan/Pani powtarza rok nauki: tak nie

Jeśli tak, to który rok/semestr nauki

Czy Pan/Pani korzysta z przerwy w nauce w bieżącym półroczu/semestrze nauki: tak nie
(dotyczy przerwy w kontynuowaniu nauki, np.: urlop zdrowotny, urlop dziekański)

Czy Pan/Pani studiuje w przyspieszonym trybie (indywidualny tok studiów): tak nie

Czy Pan/Pani korzysta ze spowolnienia toku studiów (indywidualny tok studiów) : tak nie

Okres zaliczeniowy w szkole: semestr rok akademicki (szkolny)

Nauka odbywa się w systemie: stacjonarnym niestacjonarnym

Forma kształcenia:

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> jednolite studia magisterskie | <input type="checkbox"/> studia pierwszego stopnia | <input type="checkbox"/> studia drugiego stopnia |
| <input type="checkbox"/> studia podyplomowe | <input type="checkbox"/> studia doktoranckie | <input type="checkbox"/> kolegium pracowników służb społecznych |
| <input type="checkbox"/> kolegium nauczycielskie | <input type="checkbox"/> nauczycielskie kolegium języków obcych | <input type="checkbox"/> szkoła policealna |
| <input type="checkbox"/> staż zawodowy za granicą w ramach programów Unii Europejskiej | | |

Nauka jest odpłatna: tak nie Wysokość kwoty czesnego za jedno półrocze
(w odniesieniu do ww. Studenta) wynosi: zł

Czesne ww. Studenta w bieżącym półroczu jest dofinansowane: nie tak - ze środków**:

1. w wysokości:..... zł

2. w wysokości:..... zł

| | |
|--|--|
| Organizacja roku akademickiego (szkolnego)/..... r. w jednym półroczu: | |
| Data rozpoczęcia semestru (dzień, miesiąc, rok) | |
| Data zakończenia semestru (dzień, miesiąc, rok) | |
| Data rozpoczęcia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok) | |
| Data zakończenia sesji egzaminacyjnej (dzień, miesiąc, rok) | |

* - niepotrzebne skreślić

** - jeżeli dotyczy

ZASTĘPCA DYREKTORA
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Agata Żędzian

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Wołominie

Maciej Burakowski

data, podpis:

.....
podpis pracownika jednostki organizacyjnej Szkoły

